12A401

Digitized by the Internet Archive
in 2014

https://archive.org/details/b2042484x_18

DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS

MÉDICALES

1886

OUVRAGES DU MÊME AUTEUR

Librairie FÉLIX ALCAN

Dictionnaire annuel des sciences et institutions médicales, suite et complément de tous les dictionnaires, avec une introduction par le docteur Amédée Latour. 1 vol. in-18 de 500 pages. 1re année, 1864. 5 fr.
Prix des 2e, 3e, 4e, 5e et 6e années, 1865 à 1869, chacune. 7 fr.
— de la 7e année, 1870 et 1871. 6 fr.
— des 8e à 22e années, 1872 à 1886, chacune. 7 fr.
N. B. Tous les auteurs, français et étrangers, qui enverront *franco* un exemplaire de leurs ouvrages de l'année courante à l'adresse du docteur Garnier, rue de Clichy, 61, ou à la librairie Félix Alcan, en auront une bibliographie dans le Dictionnaire.

Librairie GARNIER frères.

Le Mariage dans ses devoirs, ses rapports et ses effets conjugaux, au point de vue légal, hygiénique, physiologique et moral. 1 vol. in-12 de 641 pages avec 35 planches. *Quatrième édition*, revue et augmentée, 1885. 3 fr. 50
La Génération universelle : Lois, secrets et mystères chez l'homme et chez la femme. 1 vol. in-12 de 503 pages avec planches. *Deuxième édition*, 1885. 3 fr. 50
Impuissance physique et morale chez l'homme et la femme. 1 vol. in-12 de 536 p. avec planches, 1885. 2e *tirage*. 3 fr. 50
La Stérilité humaine et l'Hermaphrodisme chez les deux sexes. 1 vol. in-12 de 530 pages avec planches, 1882. 3 fr. 50
L'Onanisme seul et à deux, sous toutes ses formes et leurs conséquences. 1 vol. in-12 de 562 pages, 1883. 3 fr. 50

Librairie FÉLIX ALCAN

REVUE DE MÉDECINE

PARAISSANT TOUS LES MOIS

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Prof. à la Faculté de méd. de Paris, Médecin de l'hôpital Lariboisière, Membre de l'Académie de médecine.

CHAUVEAU
Inspect. gén. des Écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences.

CHARCOT
Prof. à la Faculté de méd. de Paris, Médecin de la Salpêtrière, Membre de l'Académie des sciences.

VULPIAN
Prof. à la Faculté de méd. de Paris, Secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM.

LANDOUZY
Prof. agr. à la Faculté de méd. de Paris, Médecin de l'hôpital Tenon.

LÉPINE
Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lyon.

Un an, Paris... **20** fr. — Départements et étranger.. **23** fr.

COULOMMIERS. — Imp. P. BRODARD et GALLOIS

DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS MÉDICALES

SUITE ET COMPLÉMENT DE TOUS LES DICTIONNAIRES

PAR

M. P. GARNIER

Médecin de l'asile de Bon-Secours, Chevalier de l'ordre du Christ de Portugal
Ancien rédacteur en chef de la *Santé publique*.

Vingt-deuxième année, 1886

Vervijderd
K. B.

KONINKLIJKE
BIBLIOTHEEK
'S GRAVENHAGE.

PARIS

ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie
FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1887

Tous droits réservés.

M16616

INTRODUCTION

Commencée avec les discussions sur la prophylaxie de la rage par l'inoculation ou la vaccination des mordus, l'année 1886 a fini de même, sans que cette question ait cessé un jour ni un moment d'être palpitante et l'objet, pour ou contre, des préoccupations publiques. Le nombre croissant des mordus, venus des différentes parties du monde pour demander secours à cette méthode de M. Pasteur, atteste son crédit universel, de même que les instituts fondés sous son nom et qui fonctionnent déjà dans plusieurs capitales des deux mondes, en Italie et aux États-Unis notamment. Elle est ainsi partout le sujet prédominant de l'attention générale des médecins et du public.

Cette question semblerait dès lors devoir être résolue, grâce à cette expérimentation universelle. Issue d'expériences sur les chiens, les singes et les lapins qui ont donné des résultats positifs, uniformes et constants — au point que l'inoculation de la rage humaine au lapin en est devenue maintenant le réactif par excellence — il était généralement admis d'avance que, réussissant une fois chez l'homme, le succès de la méthode serait

définitivement établi et fondé. M. Vulpian l'annonça ainsi sans restriction, après le succès de l'inoculation du petit Meister. L'identité et l'invariabilité absolues du virus inoculé et de la maladie à combattre en faisaient une expérience précise, mathématique, semblant défier toute exception. Sa valeur paraissait infaillible. Mieux que tous les spécifiques et les antidotes, restant parfois négatifs, cette méthode nouvelle, en sortant des lois ordinaires de la pathologie et la thérapeutique générales, semblait devoir, en les dominant, renverser et annihiler leurs principes les mieux établis.

A cet éclair de confiance enthousiaste succéda bientôt la mort de la petite Pelletier, qui rappela les esprits à la réalité. Chaque statistique nouvelle de succès, accompagnés de revers, montra que l'inoculation antirabique n'était pas infaillible, que des cas étaient réfractaires à son action comme à tous les autres remèdes, et qu'elle n'échappait pas aux lois de la pathologie générale. Si rares que fussent ces exceptions, leur évidence ouvrait une brèche à la discussion fondée principalement sur l'immunité bien constatée à la rage du plus grand nombre des mordus. Les revers accablants de la morsure du loup y donnèrent surtout prise. Les médecins éclairés, assistant le maître dans son œuvre, furent alors obligés de recourir aux règles de la clinique pour les expliquer, en modifiant et en perfectionnant la méthode de traitement, pour avoir raison de ces cas exceptionnels.

Le champ de la discussion était dès lors ouvert aux cliniciens comme aux expérimentateurs. Des critiques, on passa aux objections, aux contradictions, aux insinuations malveillantes et jusqu'aux accusations contre la méthode. Ainsi finit l'année, contrairement au chant de triomphe qui l'avait inaugurée. Ses défenseurs ac-

crédités furent dès lors forcés d'entrer en lice à l'Académie de médecine pour justifier leurs actes. N'ayant pas à aborder ici en détail cette grande discussion du commencement de l'année 1887, nous devons néanmoins citer les chiffres officiels et les résultats généraux opposés par l'institut Pasteur aux véhémentes critiques dirigées contre son œuvre, puisque ces résultats s'appliquent à l'année 1886.

Sur le total de 2682 personnes mordues et traitées jusqu'au 31 décembre 1886, il y a eu 31 morts dont 29 sur les 2164 mordues par des animaux reconnus enragés et 2 sur les 518 mordues par des animaux suspects de rage seulement.

Dans ce total général, 1929 de ces mordus, appartenant à la France et à l'Algérie, ont donné 18 morts dont 16 parmi les 1538 mordus par des animaux reconnus enragés, et 2 parmi les 391 mordus par des animaux suspects.

Ces 18 morts français, après inoculation d'un virus spécifique qui, suivant l'expérimentation sur les animaux, paraissait devoir être infaillible, est donc un chiffre fort impressionnable. Tous, il est vrai, n'ont pas succombé à la rage; trois ou quatre seraient morts d'affections étrangères, d'après les médecins traitants. Restent donc 14 enragés après inoculation; mais 16 autres morts de non-inoculés ayant été constatées en France pendant l'année, les adversaires de la méthode Pasteur ont invoqué aussitôt ce nombre fatidique de 30 morts enragés comme la moyenne annuelle des ravages de la rage fixée autrefois par M. Brouardel. C'était l'inefficacité de l'inoculation prouvée par la statistique, d'après l'un de ses plus vaillants défenseurs.

A moins de démontrer qu'il y a eu plus de mordus non inoculés que d'inoculés en 1886, ce qui est impos-

sible, beaucoup de mordus légèrement n'y faisant pas attention, cet argument est sans valeur. M. Brouardel n'avait établi cette donnée que d'après les chiffres connus, en réservant sagement les cas inconnus pouvant changer la proportion. Ce rapprochement montre seulement le danger de vouloir résoudre un problème vital ou pathologique aussi compliqué par des chiffres. Ceux de M. Grancher, comparant les résultats de la vaccine des mordus après une année seulement avec ceux plus que séculaires de la vaccine jennérienne, nous semblent ainsi inadmissibles pour montrer la valeur de l'inoculation antirabique. D'où les distinctions suivantes dans la dernière statistique publiée. Au lieu de la mortalité générale de 0,93 pour 100 seulement des inoculés français, elle s'élève à 4,66 chez les mordus à la tête et au visage, et jusqu'à 14 pour les morsures du loup, d'après 48 cas ayant donné 7 morts. Enfin, 136 mordus à la tête et au visage ayant donné 10 morts après l'inoculation simple, et le traitement intensif appliqué à 50 n'en ayant pas donné, ce dernier semble bien préférable. Tels sont les chiffres si variés de ce tableau statistique destiné à décider de la valeur prophylactique des inoculations antirabiques selon la méthode Pasteur.

Toutes ces statistiques sont donc insuffisantes pour résoudre la question ni pour ni contre. Le scepticisme est ainsi beaucoup plus grand qu'au début par le fait même de ces statistiques contradictoires. Leurs auteurs seuls en sont éclairés. Il ne peut se dissiper que par la pratique et l'observation des faits, dit la *Lancet*. Le silence de Berlin est significatif. L'abondance des faits traités a plutôt obscurci qu'élucidé la question par l'incertitude de pouvoir affirmer si la morsure est venimeuse. Démontrer la neutralisation du virus rabique

chez l'homme par cette méthode sera le plus grand bienfait acquis pour la prophylaxie de cette maladie. (*Annus medicus,* 1886.)

L'homme ne pouvant être un sujet d'expérience à volonté comme le chien, le singe et le lapin, il faut tout attendre de l'observation lente et patiente des faits qui peuvent se présenter pour en tenir lieu. Un fait positif, comme celui d'un individu mordu par un chien reconnu *non enragé*, succombant à la rage violente ou paralytique après une série d'inoculations intensives, en prouverait mieux le danger que toutes les raisons avancées par MM. Peter, von Frisch (de Vienne) et tant d'autres. Que deux ou plusieurs personnes mordues par le même chien, mort enragé, ne se fassent pas également inoculer comme les mordus américains de Newark, la mort d'un ou plusieurs non-inoculés ni cautérisés, alors qu'aucun des inoculés ne succombe, ce qui peut se rencontrer, sera plus décisive et démonstrative en faveur de la méthode que toutes ces statistiques. Il faut donc attendre, agir et observer avec prudence, avant de se prononcer sur l'avenir de cette méthode, instituée au nom du positivisme régnant.

En Pathologie générale, au contraire, le succès de la microbiologie ne connaît plus de bornes. Aux nouveaux livres publiés en France sur les bactéries s'en ajoutent bien d'autres en Allemagne. Les *Mikroorganismen* de Flügge sont suivis des méthodes d'investigation en bactériologie, des relations pathologiques des bactéries, de leurs rapports avec les maladies infectieuses, et nous avons jusqu'à un Annuaire des progrès de la pathogénie des micro-organismes. De même en Angleterre, où la Photomicrographie s'est ajoutée au petit

livre de Klein sur les micro-organismes, et ainsi partout. C'est un flot montant. Si, avec les nouveaux microbes signalés dans ce volume, il fallait décrire en détail tous ceux qui ont été découverts ici et là, même dans la rage, un second tome tout spécial serait indispensable, comme chez nos prolifiques voisins, surtout avec leurs procédés de coloration surajoutés. Toutes les maladies deviennent ainsi microbiennes, parasitaires, et de locales passent à l'état infectieux; doctrine ramenant d'une manière détournée aux généralisations désignées autrefois sous le nom de fièvres. Tel est le courant actuel. Les *leucomaïnes*, qui en forment une des principales découvertes, figurent avec la discussion qui s'en est suivie à *Microbiologie*. De nouvelles épidémies de *fièvre typhoïde* et de *scarlatine* sont expliquées par ce parasitisme obscur, ayant pour véhicule le lait et les eaux, tandis que le plus évident et le plus tangible passe inaperçu dans l'anémie pernicieuse, encore plus grave que les précédentes.

Après ces sujets de choix du laboratoire, la clinique reprend ses droits sur les maladies générales, en choisissant toujours pour juges, en dernier ressort, le microscope, les réactifs et l'histologie, comme les plus sûrs et décisifs moyens d'élucidation. Les névropathies, avec ou sans substratum, viennent en première ligne par leur fréquence et leur obscurité même. Produites par la vie agitée, tourmentée, enfiévrée, résultant des exigences sociales actuelles, des luttes et des excès, des abus de toute sorte, aussi bien dans le travail et l'étude que dans le plaisir, elles se multiplient à l'infini, se transforment et se métamorphosent au point d'être méconnaissables, et forment un sujet de discussions intarissables. A force d'étudier l'*ataxie locomotrice* sous ses aspects multiformes et ses manifestations com-

pliquées, un pseudo-tabes, produit par divers agents toxiques, a été distingué. Certaines névrites la simuleraient également. Il y aurait même une ataxie paralytique du cœur, d'origine bulbaire. L'essence nerveuse du diabète s'accrédite et se fortifie par son début insidieux, l'absence du réflexe rotulien et le coma subit qui le termine. De nouvelles données y rattachent aussi exclusivement la chorée, et l'hystérie étend chaque année son domaine, du couvent à l'armée, en simulant de véritables lésions organiques par ses phénomènes paralytiques. Dans la grande classe des *atrophies*, dont les variétés augmentent en dehors de celle du foie, les amyotrophies sont si nombreuses que la classification en est rendue impossible, tant les observations contradictoires abondent. On ne s'y reconnaît plus.

De là la décentralisation des *Névrites* et leur multiplicité. Il s'en rencontre jusque dans le tabes et dans la phtisie. Les altérations des nerfs périphériques dans le rhumatisme en sont une preuve; mais la guérison des paralysies hystériques et radiculaires en est encore la plus convaincante. L'épreuve des réflexes est pourtant trop contradictoire pour servir de base et le critérium en vogue de ces névropathies essentielles est l'*hypnotisme* et la *suggestion*. C'est la pierre de touche, l'éprouvette par excellence qui, en faisant cesser magiquement des accidents *sine materia*, a le danger d'en produire de plus redoutables en altérant le système nerveux central. D'où la consécration des *Myopathies*.

Deux nouvelles contributions de l'école de la Salpêtrière : la maladie des tics convulsifs et le paramyclonus, sont promulguées. Le massage préconisé contre la neurasthénie pourra leur être appliqué ou bien la solanine, indiquée contre les névralgies, avant de

porter une action directe sur les nerfs douloureux par le raclage, l'élongation, la suture à distance ou tubulaire et autres moyens indiqués à ces mots.

L'*arthropathie tabétique* de Charcot, en passant de la Société clinique de Londres, où elle a été tant discutée il y a deux ans, à la Société de médecine de Berlin, par le docteur Rotter, qui l'a défendue, a trouvé dans le professeur Virchow un ardent antagoniste de sa spécificité. Tous les changements anatomiques constatés sont pour lui d'ordre purement inflammatoire, et, quoique sous la dépendance de troubles nerveux, il propose de substituer à cette dénomination celle d'*arthropathia tabidorum*.

Sauf la *claudication intermittente*, il n'a pas été enregistré de nouvelle espèce morbide; mais les variétés de *cirrhoses* et de *scléroses* se multiplient au foyer des lumières du microscope et de l'histologie. Les desiderata de celle-ci pour le diagnostic des *sarcomes* n'en empêchent pas la multiplicité. Des maladies simples et locales en apparence : l'*amygdalite*, l'*érythème polymorphe*, l'*orchite*, la *parotidite*, sont déclarées infectieuses comme la pneumonie, en raison de leurs symptômes généraux ou de leur retentissement sympathique sur d'autres organes éloignés. Les rapports de l'amygdale avec les organes génitaux et de ceux-ci avec la parotide sont rendus évidents par de nombreux faits. Les saturnins seraient particulièrement exposés à l'orchite et à la parotidite. Sans invoquer la contagion ni le parasitisme, à défaut du microbe, on le laisse pressentir. Le bacille tuberculeux poursuit ainsi ses conquêtes sur les divers organes. Dès qu'il se rencontre, c'est du tubercule pour la jeune école. La tuberculose infantile en est ainsi considérablement augmentée. Et pourtant elle aurait bien lieu d'être plus réservée.

En vertu même de ces expériences qui lui ont fait confondre la scrofule et le lupus avec le tubercule, ces affections en sont maintenant séparées. Les succès croissants de la chirurgie dans les tuberculoses locales confirment surtout cette distinction. L'observation séculaire triomphe ainsi de la doctrine expérimentale condamnée par ses propres armes.

La *syphilis* est toujours chargée, comme le péché originel, de tout ce qui est obscur et inexplicable, même sans preuves ni traces, et les malades sont mis à l'épreuve du traitement quand même. Ce mot très étendu est enrichi des *néphropathies syphilitiques*. La maladie de Bright existe bien anatomiquement sans albuminurie. L'hémorrhagie du pancréas, constatée anatomiquement, détermine aussi la mort subite. Elle est donc à étudier comme l'ulcère du duodénum, pour distinguer symptomatologiquement ces affections graves de celles de l'estomac avec lesquelles elles sont souvent confondues.

Au point de vue physiologique, le jeûne prolongé et répété des deux Italiens Succi et Merlatti, héros de ce tour de force, a eu trop de retentissement dans la presse politique et scientifique pour ne pas être signalé. On l'appelle le *jeûnisme,* plus applicable au jeûne relatif de certains religieux. Le passer sous silence ici serait nier tacitement sa réalité, le considérer comme une supercherie et accuser de connivence les médecins commis à son observation rigoureuse. Admettre l'impossibilité qu'un homme puisse vivre 30 et même 50 jours sans manger, avec faculté de boire à son gré, c'est ignorer les données de la science, les expériences et les faits rappelés par la presse à ce sujet, ou n'en pas tenir compte. Si la santé est incompatible avec ce

jeûne prolongé, la vie peut se soutenir par l'autophagie, l'homme se nourrissant de sa propre substance. Les malades atteints de fièvres continues et ne buvant que de la tisane pendant des semaines et des mois en offrent l'exemple, comme ceux atteints d'anorexie nerveuse, de vomissements incoercibles, etc. Des mélancoliques refusant de manger ont pu vivre de 20 à 60 jours sans alimentation. En se laissant mourir de faim dans les prisons de Toulouse en 1831, Guillaume Granié vécut jusqu'au 63e jour en ne prenant que de l'eau. Il pesait 26 kilogrammes à sa mort. L'avocat A. Viterbi, qui se laissa mourir de la même manière dans les prisons de Bastia en 1821, pour éviter l'ignominie de monter sur l'échafaud, a vécu 17 jours sans manger. Fontaine, secrétaire des commandements de Louis XV, se soumit à un jeûne absolu pendant 18 jours, en 1733, pour accomplir un vœu. Ce jeûne peut donc être réel, et s'il est un acte de charlatanisme et de barnum dont les tribunaux ont dû faire justice, il est aussi une dérogation aux lois physiologiques des plus intéressantes par les diverses interprétations scientifiques qui en ont été données.

Au point de vue médical, il est, d'après le professeur Bernheim de Nancy, un effet de l'auto-suggestion, au moins chez Succi, qui fut enfermé à deux reprises dans un hospice d'aliénés de Rome. C'est donc un névropathe très suggestible. Il s'exalte facilement en parlant du secret qu'il croit posséder d'un breuvage neutralisant la sensation de la faim. Il s'est donc suggestionné lui-même qu'il pouvait vivre sans manger, comme le docteur Debove a suggéré à deux femmes hystériques endormies l'absence de faim et l'ordre de ne pas manger. Soumises à un jeûne absolu de quinze jours pleins, buvant sans manger aucun aliment solide,

malgré l'offre de tout ce qu'elles pouvaient désirer, elles l'ont parfaitement supporté et auraient pu le prolonger encore. L'une perdit 3200 grammes de son poids et l'autre 5700 grammes.

L'auto-suggestion de ne pas manger, chez un croyant comme Succi, peut donc réaliser le même phénomène. L'idée fait l'acte; il s'exalte, il s'entraîne, il se nourrit de son idée; il se montre avec complaisance aux visiteurs; il jouit de son triomphe; l'esprit domine le corps; son imagination le soustrait aux angoisses de la faim. Il ne meurt pas de faim, parce qu'il n'a pas faim, il ne subit que l'effet de l'inanition qui ne tue pas en trente jours. Voilà donc tout le secret de ce long jeûne. (*Gaz. hebdom.*, n° 42.)

Il en est autrement pour le narrateur du jeûne de Viterbi, racontant lui-même jour par jour toutes ses impressions et le supplice si cruel de la soif qu'à la fin, perdant la raison, il se jette sur sa cruche et boit inconsciemment à grands traits. Bientôt, au contraire, il n'a plus faim et ne pense pas à manger. D'où l'auteur conclut que la sensation de la faim est un préjugé. On mange par habitude et, si l'on ne commence pas, on peut s'en passer en buvant. On souffre surtout de la soif et il suffit de la satisfaire, comme les jeûneurs italiens, pour n'éprouver aucun symptôme douloureux de l'inanition. (*Idem*, n° 52.) Un jeune homme de dix-neuf ans a vécu un mois durant en mangeant un sou de pain matin et soir avec de l'eau à discrétion. Il maigrit beaucoup, sans souffrance. Celle-ci n'a commencé dans l'estomac qu'en reprenant un régime normal. L'habitude de la faim, sensation, se passe donc sans auto-suggestion autre que le besoin absolu de ne pouvoir faire autrement. Que de gens en sont réduits là!

La *Thérapeutique* conserve sa prééminence, malgré l'envahissement de la doctrine microbienne et infectieuse qui réduit ses médications aux antiseptiques, aux germicides et aux inoculations. Au lieu de diminuer, les médicaments augmentent. L'*adonidine*, la *fébrine*, la *lanoline*, la *solanine* et l'*uréthane* en ont enrichi le catalogue avec deux nouveaux emménagogues, sans compter toutes les applications nouvelles qui se font tous les jours. Les lavements gazeux contre les affections pulmonaires depuis l'asthme jus qu'à la phtisie ; les injections de toutes sortes, intra-pulmonaires et intra-veineuses, dirigées contre le mal local, l'anémie et la pneumonie, aussi bien que contre les abcès froids, scrofuleux et tuberculeux ; le massage et l'eau chaude en chirurgie, et les pulvérisations contre la diphtérie, témoignent bien des efforts faits pour atteindre et résoudre le mal le plus directement possible. Dès que le siège en est connu, il est évident que c'est le but généralement visé maintenant. A l'exception des spécifiques, on ne compte plus guère l'atteindre par des moyens détournés comme autrefois. C'est l'effet du positivisme régnant.

Suivant l'usage consacré, les maladies les plus rebelles sont encore les plus favorisées en remèdes nouveaux, préconisés comme leurs spécifiques. Coqueluche et diphtérie s'en disputent le nombre. Un seul vaudrait mieux en justifiant ce titre par la guérison certaine de celle qui y répond comme suit : borax, épilepsie ; iodoforme, méningite tuberculeuse ; iodure de potassium, érythème ; phosphore, rachitisme ; pulsatille, blennorrhée et orchite ; tartre stibié, tétanos. Ce serait alors comme la pharmacopée homœopathique et dosimétrique où chaque globule s'adresse à un symptôme. Mais cette précision est un leurre dans la généralité des

cas, et il est encore plus sûr de combattre le mal dans son ensemble pour le guérir. Les moyens nouveaux ou perfectionnés, ayant donné un ou plusieurs succès, se trouvent ainsi indiqués à chaque maladie avec les données symptomatiques pour en assurer le diagnostic.

La *Chirurgie* devient progressivement un guide sûr pour ce diagnostic et l'un des moyens les plus efficaces d'une guérison radicale, mais non toujours sans danger. L'exemple en est dans la hardiesse croissante, donnée par l'antisepsie et l'anesthésie, à ouvrir les grandes cavités splanchniques, pour vérifier, *de visu*, l'état des organes et opérer à ciel ouvert. La *laparotomie* est devenue d'un emploi commun à cet effet aux États-Unis. Ses dangers sont mis en évidence dans les abcès sous-diaphragmatiques, hépatiques, pelviens surtout, les tumeurs de la rate et des reins, de même que dans l'*empyème* et toutes les entreprises de la *pneumotomie* en général, s'érigeant en méthode.

Devant l'obscurité du diagnostic de ces affections profondes, celles du foie en particulier, on ne saurait trop les étudier avant de leur appliquer la laparotomie, quand une simple ignipuncture a suffi pour amener la guérison d'un kyste. Les chirurgiens les assimilent pourtant aux abcès de cet organe contre lesquels une large ouverture précoce est posée en principe comme le plus sûr moyen de prévenir une issue funeste. Les nombreuses guérisons spontanées de cirrhoses alcooliques sont une autre leçon de prudence et de réserve. De même pour celles de l'intestin; excepté lorsqu'il s'agit de la valvuve iléo-cœcale. (Voy. TYPHLITE.) La *jéjunostomie* en est un exemple, comme la ponction de la vésicule biliaire. On parle même de son excision, comme s'il s'agissait d'un organe symétrique.

Unique au contraire, sinon exceptionnellement, comme le docteur Purser a constaté deux vésicules dans le même foie à l'autopsie d'une fille de onze ans, morte de scarlatine (*Acad. de méd. d'Irlande*, 5 novembre), cet organe ne peut être réséqué qu'en partie, comme la vessie et l'estomac, en cas de dilatation extrême et incurable autrement. L'innovation couronnée de succès de la suture immédiate de ces deux organes après leur ouverture pourra bien être invoquée un jour à cet effet.

Un exemple frappant du danger d'enlever ces organes uniques, ce sont les conséquences déplorables de la *thyroïdectomie* qui ont définitivement jeté le discrédit sur cette opération. Si la *splénectomie* est autorisée en cas de trauma, la leucémie la contre-indique absolument. La *laryngectomie* reste ainsi du domaine de quelques rares chirurgiens, comme la *thoracoplastie*, tandis que la *trachéotomie* progresse et se perfectionne invariablement.

Les succès nouveaux de la cure radicale des *hernies* vont mettre cette opération à l'ordre du jour du prochain Congrès de chirurgie. De même que, dans sa dernière réunion, cette grande assemblée a élucidé les points controversés des *luxations* et *résections* traumatiques, de la *lithotritie* et de la *taille*, que l'on trouvera résumés à ces divers mots, il est à espérer qu'elle en recevra une nouvelle impulsion et qu'il n'en sera pas de cette question comme de celle du *tétanos*, que la discussion n'a guère éclairée.

Le massage dans les *fractures* et le raccourcissement des os, l'excision dans l'*hydrocèle*, l'*hygroma*, les *tuberculoses locales* et le *varicocèle*, les scarifications profondes dans l'*érysipèle chirurgical*, et de nouveaux procédés de suture sont les innovations principales à signaler. On voit donc en somme que si la chirurgie

a perdu du terrain sur quelques opérations, elle en a gagné sur d'autres en s'affermissant par l'expérience et le succès.

En *Obstétrique*, il s'agit toujours de faire mentir le précepte sacré : tu enfanteras avec douleur. La science est antagoniste de la religion. L'anesthésie chirurgicale étant trop dangereuse pour l'employer bénévolement... en France, on cherche à tourner la difficulté. Le chloroforme est substitué à l'éther comme préférable à New-York, et c'est l'hypnotisme en Europe. L'essai de ce nouveau moyen a été tenté avec succès dans un accouchement naturel. Avis aux femmes nerveuses, hystériques et pusillanimes.

L'antisepsie est devenue la panacée de toutes les plus redoutables complications septiques. Malgré les accidents toxiques produits par le sublimé, on continue à l'employer de préférence, à cause de son défaut d'odeur et de causticité. On ouvre ainsi le ventre sans hésitation dans les cas douteux pour rendre le diagnostic positif. Dans le doute, abstiens-toi, disait la sagesse des nations; avec l'habitude actuelle de l'ovariotomie et de l'anesthésie, on passe outre. Méconnaissant une grossesse de sept mois chez une femme qui voulait la cacher, les chirurgiens de l'hôpital de Jassy ponctionnèrent l'utérus au bistouri. La femme étant morte, ils furent révoqués de leurs fonctions. Avis aux audacieux.

Au nombre des diverses complications de la grossesse, des exemples relatés montrent que cette erreur est possible, même dans les hôpitaux de Paris, par la présence de fibromes ou de kystes ovariens au début. La prudence et l'abstention sont donc de rigueur dès qu'il y a doute. Si la transfixion d'un utérus gra-

vide à huit mois est restée inoffensive dans un cas, il ne faut pas s'y exposer. Malgré les succès de la laparotomie dans la grossesse tubaire ou extra-utérine, on ne doit pas y procéder légèrement quand on voit qu'elle a pu durer sept ans coïncidemment avec un kyste. Elle n'est praticable qu'en présence d'accidents mortels et il faut alors l'exécuter avec résolution. Tel est l'art savant.

Quant au choix à faire en cas d'urgence entre l'*opération césarienne* et celle de *Porro*, l'hésitation est justifiée d'après la statistique de la mortalité comparée et les accidents consécutifs de celle-ci. Mais les succès de la *ligature élastique* et de l'*hystérectomie vaginale* diminuent l'emploi des deux à la fois.

La *Gynécologie*, tout en poursuivant ses tentatives hardies et en affirmant ses succès, éveille cependant les réserves des plus prudents et a même provoqué un blâme de la pudique Albion. Si l'*ovariotomie* est justifiée dans les cas les plus désespérés, il n'en est pas de même de l'*oophorectomie*. En enlevant les ovaires et les trompes de la femme, c'est-à-dire en l'asexuant pour des lésions et des souffrances ordinairement compatibles avec la vie, et qui peuvent disparaître spontanément, elle a soulevé une réprobation contre ceux qui la pratiquent inconsidérément. Les poursuites dirigées contre eux ont été l'occasion d'une enquête scientifique qui a mis des limites à son emploi. Les rapports sympathiques de l'amygdalite et du saturnisme avec les organes génitaux chez les deux sexes et le retentissement de ceux-ci sur les parotides sont d'autres motifs de réserve pour y porter le fer et le feu sans limites. De là le danger des injections vaginales, de la salpingite et des opérations faites contre

elle. La découverte des *kystes mucoïdes*, véritables parasites de ceux de l'ovaire, constituent une sourdine menaçante contre l'ovariotomie par la récidive qui peut s'ensuivre.

Consacrée par une discussion solennelle, la *néphrectomie* a obtenu droit de cité dans la chirurgie française par ses succès. Inaugurée en France en 1881, elle comptait 31 applications en 1886 et 8 néphrotomies ayant donné 28 guérisons. Pour avoir été admise tardivement, elle a d'autant plus de chances, en profitant de l'expérience étrangère, de ne pas en subir les péripéties et les désastres, en fixant bien les cas et les méthodes qui lui conviennent de préférence.

Toutes les opérations spéciales des voies urinaires ont été soumises à un nouvel examen approfondi, quant au choix de l'application à en faire dans les différents cas, par les divergences d'opinion à cet égard. *Lithotritie, tailles*, *uréthrotomies*, *dilatation* et *divulsion* ont été passées séparément en revue et comparées, d'après leurs résultats dans les divers pays, par les spécialistes allemands, anglais et français, afin de préciser la voie la plus facile et la plus sûre à suivre pour pénétrer dans la vessie et en extraire les corps étrangers, calculs et tumeurs. Le diagnostic de celles-ci par l'hématurie en a été éclairé et d'intéressantes statistiques se sont produites sur ces différents points. De là les études suivies sur la toxicité des urines, leur désinfection et leur précipitation, afin de prévenir la formation des calculs. Deux succès remarquables contre la rupture de cet organe mettent la laparotomie en honneur. Les *rétrécissements* en sont aussi perfectionnés dans leur traitement par de nouveaux agents contre la blennorrhagie et surtout la blennorrhée.

Un véritable arrêt de condamnation est porté contre l'énucléation de l'œil par l'accumulation des cas de mort relatés à la suite de cette opération radicale dans l'*ophtalmie sympathique*. Après l'éclatant insuccès des essais de greffe oculaire, tout espoir étant perdu de pouvoir remplacer l'œil enlevé par celui du lapin, elle semble devoir perdre définitivement son crédit séculaire. Mais déjà se présentent l'ophtalmotomie postérieure, une greffe partielle de la cornée et une cornée artificielle pour la remplacer. Tels sont les nouveaux progrès en *Ophtalmologie*.

L'*Hygiène* s'est signalée par un grand débat sur l'alcoolisme pour un bien maigre résultat, non encore consacré par la loi ; tandis que cette plaie sociale étend ses ravages en silence, affirmés par son influence sur la gangrène. Sans parler du choléra, les épidémies locales de fièvre typhoïde, de pemphigus, de pneumonie, de dysenterie rhumatismale, de scarlatine, de variole, ont provoqué un projet pour les étouffer à leur origine par l'isolement légal des premiers malades. La vaccination obligatoire dans la marine en est la meilleure prophylaxie.

La *médecine légale* s'y rattache plus étroitement par la fréquence des empoisonnements avec les aliments, les boissons et les médicaments, d'après les altérations et les falsifications dont ils sont l'objet. A l'alcool, au tabac, au vin même s'ajoute maintenant le thé dans les pays où l'on en fait abus. Les poisons minéraux et végétaux sont devenus une exception. D'où le rôle de plus en plus difficile de cette science pour constater ces suicides lents par imprudence ou par vice habituel. Leur prophylaxie revient à l'hygiène.

Les progrès de la crémation méritent aussi d'être

signalés comme encouragement de cette méthode hygiénique. A New-York, où une société de 132 membres actifs existe à cet effet, 84 incinérations ont eu lieu en 1886. Depuis son introduction à Milan en 1876, elle a augmenté d'année en année en Italie. De 2 au début, elles étaient de 113 en 1884 dans huit villes différentes. La loi récente qui permet en France de manifester testamentairement sa volonté d'être enterré ou brûlé est un premier hommage rendu à cette méthode de ne plus empoisonner les vivants avec les morts.

Les modifications survenues dans les institutions professionnelles : enseignement et exercice, ont aussi leur importance. L'ouvrage du professeur Brouardel sur le *secret professionnel* doit être cité en première ligne pour rappeler ce devoir sacré à ceux qui ont tendance à l'oublier. Le scandaleux procès Campbell en a fourni un trop célèbre exemple à Londres, dans la personne si compromise d'un médecin de la haute noblesse, pour être oublié. Les relations d'ami et de médecin sont socialement incompatibles, dit à ce sujet la *Lancet*. (25 décembre, p. 1240.) La représentation directe des praticiens anglais au *Medical council* en est une compensation obtenue par leur étroite association nationale.

La *nécrologie* et les *prix* terminent cette année médicale 1886.

P. Garnier.

Paris, 8 mars 1887.

DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS

MÉDICALES

1886

A

ABCÈS. Etant classiquement le résultat de l'inflammation, ces collections purulentes doivent avoir une tendance à s'étendre, proportionnée à la densité et la vascularité des tissus. Leur siège en indique aussi le danger, suivant leur voisinage de vaisseaux importants. Les hémorrhagies sont ainsi à redouter dans l'angine phlegmoneuse et même dans l'amygdalite simple arrivant à suppuration. Le docteur Moizart relate plusieurs exemples de ces hémorrhagies, soit par l'ouverture spontanée de ces abcès, soit avec le bistouri par la lésion des gros vaisseaux voisins. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, art. 13300.)

Le voisinage de la carotide interne, distante de 20 à 25 millimètres de l'amygdale, constitue le principal danger de ces abcès amygdaliens. Le professeur Vergély (de Bordeaux) a rassemblé les observations connues d'hémorrhagies graves, mortelles à la suite de ces suppurations péri-amygdaliennes, montrant par là toutes les précautions à prendre. L'hémorrhagie peut même se produire sans lésion d'une grosse artère. Un suintement sanguin s'est ainsi montré, dans un cas de ce genre, d'une manière intermittente, et a été guéri par le sulfate de quinine. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

La nature infectieuse attribuée à l'amygdalite constitue un autre danger de ces abcès locaux. Le passage continu de la salive et de l'air à leur surface tend à en répandre le principe infectieux, microbien ou non, dans l'économie entière. Ils seraient aussi redoutables par là que les plus profonds et cachés. Voy. AMYGDALITE.

Abcès froids. Leur *tension*, supérieure à celle du sang veineux, a été démontrée par le professeur Lannelongue, d'après des expériences précises avec l'hémodynamomètre. Elle a été trouvée de 12 à 20 millimètres de mercure sur 7 abcès des membres et s'est élevée à 3 et 5 centimètres dans 2 abcès des parois thoraciques. Dans les abcès symptomatiques de la coxalgie, elle s'est élevée de 1 à 4 millimètres dans 6 cas, pendant une extension avec un poids de 3 kilogrammes. Dix minutes après une injection d'éther iodoformé, elle est montée à 5 centimètres dans un cas et à 8 dans un autre. L'extension, en les comprimant, favorise donc leur résolution. C'est la démonstration expérimentale d'un fait admis par hypothèse seulement. (*Soc. de chir.*, décembre 1885.)

L'*éther iodoformé* en injections, dont la formule a été donnée l'année dernière, continue à affirmer ses succès. Deux abcès froids, très volumineux, ont été traités par le docteur Kirmisson à l'hôpital Necker en 1885 sur deux hommes de cinquante et cinquante-quatre ans. Une injection de 50 grammes après la ponction suffit à la guérison complète en moins d'un mois. Cet exemple est donc à suivre, malgré la vive douleur en résultant. (*Gaz. hebdom.*, n° 10.)

Un succès semblable a été obtenu par le docteur Quenu à l'hôpital Beaujon, contre un volumineux abcès ossifluent de la fesse et de la cuisse, sur un malade de trente-six ans. Quatre ponctions successives ont été nécessaires; mais la première ayant donné deux litres de pus, la quatrième, faite sept semaines après, ne donna plus qu'un demi-litre de liquide séreux, d'un brun verdâtre. Guérison complète. (*Idem*, n° 13.)

Dans les gommes scrofuleuses du cou, qu'il est important de ne pas laisser suppurer par les fistules consécutives

interminables, M. E. Besnier pratique dans la tumeur une injection contenant 1 à 2 grammes d'iodoforme pour 10 d'éther. Une douleur vive en résulte, puis du gonflement, mais la tumeur diminue bientôt et disparaît, en ne laissant qu'un petit nodule. Les délabrements et les cicatrices de ces gommes sont ainsi évités. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, septembre.)

Ce n'est plus seulement contre les abcès froids volumineux, d'origine osseuse, que ces injections se montrent efficaces, curatives; ceux d'origine tuberculeuse ou scrofuleuse des os, comme des parties molles, sont aussi bien modifiés et guéris après leur ouverture spontanée qu'avec la ponction. 22 nouvelles observations en sont relatées par le docteur Verchère, chef de la clinique chirurgicale de la Pitié; d'où il semble résulter une guérison plus rapide lorsque l'ouverture est spontanée.

Aucune récidive n'a encore été signalée. Mais si la guérison s'obtient parfois avec une seule injection, le plus souvent, il en faut plusieurs si la peau est normale. Il faut alors revenir à la ponction et l'injection tous les mois. Six injections consécutives ont été nécessaires pour la guérison d'abcès très volumineux; 3 grammes d'iodoforme suffisent à chacune. En cas d'ulcération, la poche s'élimine rapidement sous forme de bourbillon jaunâtre et la cicatrisation s'opère dans une durée de huit jours à un mois, sans cicatrice vicieuse difforme. (*Revue de chirurg.*, juillet.)

Abcès de l'orbite. Quinze jours après un coryza aigu, Hartmann (de Berlin) observa un abcès dans l'orbite gauche. Le symptôme le plus remarquable fut que, par la pression exercée sur le globe oculaire, une grande quantité de pus fétide s'écoulait par le nez. Un séquestre considérable s'élimina aussi par cette voie. Des lavages répétés amenèrent la guérison.

Quoique très rares, il s'en est rencontré un autre cas observé par Schäffer. A la suite aussi d'un coryza, une intumescence de l'œil et de la paupière du côté droit se manifesta avec écoulement de muco-pus par la narine correspondante. Diverses incisions furent nécessaires pour donner issue au pus de l'abcès orbitaire, et des symptômes de méningite amenèrent la mort. (*Ann. des malad. de l'oreille.*)

Abcès du cerveau. Ils sont si exceptionnellement produits, dit le professeur Vood de l'Université de Philadelphie, qu'il est rationnel d'en chercher toujours la cause. Le traumatisme est la plus fréquente, mais à une date si reculée parfois qu'aucune trace n'en reste. Si l'embolisme peut le provoquer, c'est à la condition que l'embole soit septique par l'inflammation en résultant; autrement il produit un simple ramollissement.

Par leur localisation en foyer, leur enkystement à l'état chronique, ils peuvent déterminer des symptômes analogues à ceux des tumeurs et de la syphilis. Les vomissements en sont la seule distinction, comme dans le cas suivant :

Un garçon de vingt et un ans, briquetier, n'ayant jamais été malade avant 1885, est pris en mai d'attaques convulsives de plus en plus graves, d'apparence épileptiforme, sans aura et durant seulement cinq minutes. Une hémiplégie droite, avec difficulté de la parole et somnolence, survient en septembre et il peut à peine se rendre à la consultation externe de l'hôpital en octobre. Il est admis le 15 avec de vives douleurs dans les membres et dans la tête et vomit fréquemment. Presque chaque jour, durant la première quinzaine, des vomissements ont lieu. Son assoupissement continu et la parésie droite, avec l'histoire d'une prétendue gomme apparue en août et disparue après l'usage de l'iodure de potassium, firent aussitôt porter le diagnostic de syphilis cérébrale et administrer le calomel. Aussitôt, amélioration croissante dans les symptômes jusqu'au 19; puis subitement la température s'élève avec de légers mouvements tétaniformes. Convulsion le lendemain. Néanmoins, le malade revient encore à l'état normal et parlait parfaitement le 27, avec une température ordinaire et des mouvements volontaires du côté hémiplégié, lorsqu'il tombe subitement dans le coma le 30 et meurt le lendemain, après une dernière convulsion plus marquée que les précédentes et une température de 105° Fahr.

L'ouverture du crâne ne montra qu'un faible épanchement à la base, vive congestion des méninges sans adhérence de la dure-mère au crâne, sinon dans un espace très restreint de la voûte; mais l'arachnoïde et la pie-mère étaient intimement cohérentes à la surface du cerveau, qui s'enleva avec. Le diagnostic paraissait correct, lorsqu'un bistouri

plongé dans l'hémisphère gauche, à un pouce en dedans du point adhérent de la dure-mère, donna issue à un flot de pus, soit 2 à 3 *ounces*. L'incision agrandie montra que le ventricule latéral du côté gauche était rempli de pus avec destruction de ses parois. Enkysté dans une enveloppe qui put être disséquée, l'abcès du lobe pariétal s'était rompu dans le ventricule. Une petite tumeur adhérente à cette enveloppe, ouverte après son enlèvement, contenait également du pus. Un troisième abcès fut trouvé immédiatement sous la pie-mère adhérente au crâne.

Si la méningite ou une lésion considérable du cerveau était évidente par les symptômes de compression croissante : céphalalgie, hémiplégie, convulsions locales et surtout les disques étranglés ou névrite descendante, révélés par l'ophtalmoscope, comment ne pas les attribuer à la syphilis, chez un jeune homme exempt de traumatisme au crâne, avec l'histoire d'une gomme? Une tumeur à la place de l'abcès eût produit des symptômes semblables et, dans l'immense majorité des cas, en présence de ces symptômes d'une lésion en foyer se développant lentement chez une personne jeune, il faut les rattacher à la syphilis cérébrale. Les vomissements seuls pouvaient servir à éclairer le diagnostic, car sur des centaines de cas de syphilis cérébrale observés par l'auteur, il n'y eut jamais de vomissements persistants. D'où la difficulté du diagnostic en pareil cas, surtout avec le succès apparent du mercure, et le danger d'admettre une syphilis latente sans en avoir des preuves positives. (*Boston med. and surg. journal*, nº 27, 1885.)

Suppuration coïncidente de l'oreille. Le trépan a été appliqué dans trois cas par W. Hulke, pour combattre ces accidents. On en supposa le siège dans le lobe temporo-sphénoïdal, chez un boulanger de quarante-cinq ans. L'autopsie démontra, au contraire, qu'il existait dans le cervelet.

Dans le second, chez une brunette de dix-neuf ans, l'abcès existait dans le lobe temporo-sphénoïdal; mais, malgré le trépan, on ne trouva pas de pus et l'opérée succomba également. De même dans le troisième, où l'abcès du cervelet fut évacué par la trépanation de l'occipital. Ces opérations ne donnent donc guère de chances pour la guérison. (*Lancet*, 3 juillet.)

Coïncidence avec l'empyème. Chez un garçon de vingt ans, entré à l'hôpital Middlesex avec une fistule pleurale à gauche pour laquelle l'ouverture du thorax, puis la résection des côtes furent pratiquées par M. Gould, le docteur Finlay trouva à l'autopsie, faite le 14 janvier suivant, un abcès du cerveau siégeant sur la partie supérieure de la scissure de Rolando. D'où la supposition que l'origine de cet abcès peut être dû au transport d'un caillot septique provenant du foyer suppurant de la plèvre ou des côtes. C'est le quatrième exemple coïncidant avec l'empyème, 3 en étant déjà relatés dans *Reynolds's system of med.* sur les 26 cas signalés. Trois autres exemples analogues ont été cités à l'occasion de cette communication à la Société médicale de Londres le 8 février. (*Idem*, 13 février.)

Abcès sous-diaphragmatiques. Une fille de vingt-cinq ans, rhumatisante, est saisie brusquement de frissons et de vives douleurs à l'épigastre, s'irradiant à l'épaule gauche. Huit jours après, péricardite et épanchement pleural gauche. Deux ponctions exploratrices, par Herrlich, restent frustres. L'introduction d'une canule, plongée dans le 7e espace, donne du pus épais mêlé de sang. On se préparait à l'empyème, lorsque la mort arrive et l'autopsie montre la plèvre vide. Un vaste abcès enkysté se trouvait entre la face convexe de la rate et le diaphragme refoulé au niveau de la troisième côte. Il eût donc été fatalement lésé par l'empyème.

Une femme de trente-quatre ans a des coliques violentes avec vomissements et ictère. A son entrée à l'hôpital, la base du thorax à droite est extrêmement dilatée avec matité et absence de vibrations. Une voussure de l'hypocondre refoule le foie. Une collection purulente sous-diaphragmatique est diagnostiquée et une ponction dans le 6e espace intercostal donne du pus de la plèvre; mais on découvre le diaphragme coiffant une tumeur arrondie et saillante. L'incision donne issue à beaucoup de pus et une centaine d'hydatides. Les lèvres de la plaie diaphragmatique sont fixées à l'incision thoracique. Lavages répétés provoquant une toux violente. Guérison trois mois et demi après, avec résection des 7e et 8e côtes.

Un garçon de vingt-trois ans, ayant eu un abcès consé-

cutif à une périty phlite, entre à l'hôpital avec une pleurésie droite. Plusieurs ponctions dans le cinquième espace donnent un pus fétide. Thoracotomie et résection de la cinquième côte. Rien dans la plèvre, mais le diaphragme est refoulé par une tumeur dont l'incision donne un litre de pus. En agrandissant l'incision primitive, comme M. Lagrange dans son empyème, le couteau pénètre dans la cavité; d'où pneumothorax, péritonite diffuse et mort en vingt-quatre heures. La perforation ancienne de l'appendice cœcal, constatée à l'autopsie, était l'origine de tous ces accidents. (*Soc. de méd. interne de Berlin,* février.)

Abcès du foie. Deux cas observés à l'hôpital Necker par MM. Kirmisson et de Gennes, ayant entraîné la mort des malades, quoique ouverts par une large incision suivant la méthode actuelle, offrent un double enseignement clinique. Un gendarme colonial de trente-quatre ans avait présenté de la dysenterie peu de temps après son retour, et ensuite de la pleurésie, de l'ictère, et une voussure de l'hypocondre droit s'étendant jusqu'à la crête iliaque. Le 11 octobre, alors que les selles étaient sanglantes, on ne constate pas de pus. L'abcès du foie étant ouvert trois jours après et donnant deux litres d'un pus extrêmement fétide, du sang apparaît aussitôt dans les garde-robes et des matières fécales souillent le pansement. La mort, arrivée le 5e jour, montre la communication de l'abcès avec le gros intestin. Comment cette communication n'a-t-elle pas été constatée par la présence du pus dans les selles?

Dans le second, une fracture de côtes compliquée de pleurésie, chez un blanchisseur de vingt-cinq ans, a été la cause de l'abcès un an après. L'incision, pratiquée immédiatement, ne donne qu'une faible quantité de pus, alors que la tumeur est énorme. Deux foyers différents existaient et il s'en forma de nouveaux après l'opération précédée de frissons et d'hyperthermie. Malgré ces triples ouvertures, le malade succombe quatorze jours après. L'autopsie constate une collection purulente enkystée, en arrière de la rate. Cette pyoémie devait donc entraîner le malade avec ou sans opération, dès que ces abcès étaient internes. (*Archiv. de méd.*, septembre.)

On voit que, dans l'un et l'autre cas, le diagnostic précis

des lésions existantes paraît avoir fait défaut. Le chirurgien ne fût pas intervenu autrefois; les malades seraient morts comme on a eu à le déplorer. Quelle est donc l'efficacité de cette intervention?

Abcès périnéphrétique. Il est survenu pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, chez une femme de trente-quatre ans, très maltraitée par son mari et ayant reçu un coup de pied dans la région lombaire, quinze jours avant son entrée. Sortie de la clinique le 15 avril, elle y rentre le 7 mai pour une douleur à l'aine gauche s'irradiant en arrière dans le flanc avec accès de fièvre le soir et sueurs nocturnes. La pression éveille une douleur vive au-dessous du rebord costal gauche. Huit jours après, la douleur se localise au niveau de la région lombaire; vomissements et frottements pleuraux à la base de l'aisselle droite.

Le diagnostic restant indécis, malgré l'observation du professeur Bernheim, on découvre seulement le 20e jour une tumeur fluctuante au niveau de la région rénale gauche, depuis les dernières côtes jusqu'à la crête iliaque, s'étendant sur une largeur de 6 centimètres. Une ponction le lendemain donne 460 centimètres de pus, mais la fièvre persiste avec vomissements et le professeur Heidenreich ouvre largement le foyer huit jours après. Bientôt on constate du pus dans l'urine. Une communication des bassinets avec le foyer purulent étant rendue probable, on pousse une injection colorée à la fuschine par le drain. Les urines n'en portant pas l'empreinte, on renonce à cette idée et la malade guérit sans nouvelle complication. (*Revue méd. de l'Est.*)

La cause de cet abcès paraît être plutôt le traumatisme du coup de pied que la fièvre typhoïde, d'autant plus qu'aucun retentissement sur le rein n'est signalé dans l'observation.

Abcès pelviens. *Laparotomie.* Après une fausse couche de quatre mois, une dame de vingt-quatre ans eut une inflammation pelvienne qui en se prolongeant, malgré les soins du docteur L. Braun, exigea l'avis du docteur Reeves Jackson. Pâle et profondément émaciée, cette malade présentait du côté gauche, en arrière de l'utérus, un

engorgement illimité comme la moitié d'une orange, dont une partie était en rapport avec le col utérin, aussi immobiles l'un que l'autre. Aucune fluctuation sensible; un point très limité en haut donnait seul une sensation de liquide. Un trocart courbe y fut plongé par le vagin et, malgré sa profondeur de deux pouces, donna seulement quelques gouttes de sang.

Le traitement par les douches fut continué avec les lavements alimentaires et la malade s'améliora ainsi graduellement, au point que les fonctions digestives se rétablirent. La douleur locale disparut ainsi que la fièvre, sans apparition des règles. Cette amélioration se prolongeait depuis cinq semaines, lorsque les accidents reparurent tout à coup. M. Jackson rappelé constata que le gonflement pelvien avait augmenté et s'étendait à un pouce au-dessus de la symphyse. Fluctuation obscure, mais l'engorgement, accessible par le vagin, était dur. Toute opération fut refusée, pourtant l'augmentation des accidents fit accepter la laparotomie, qui fut pratiquée le 20 avril avec toutes les précautions antiseptiques.

Une incision de trois pouces de long, finissant au mont de Vénus, fut faite sur la ligne moyenne de l'hypogastre. Le péritoine ne put être séparé des parties voisines et le bistouri entra dans la cavité d'un abcès d'où trois à quatre onces de pus surgirent. L'index, introduit dans la cavité, décela qu'elle s'étendait derrière et à gauche de l'utérus et que le processus inflammatoire intéressait cet organe. La cavité fut lavée, drainée, et aussitôt tous les symptômes s'atténuèrent et la malade se rétablit parfaitement. Six mois après, l'utérus était en latéro-version droite et très légèrement mobile.

Est-ce bien là une laparotomie ou plutôt une simple ouverture d'abcès, comme dans toute autre partie du corps? Sur la demande de l'auteur, Lawson Tait a répondu le 4 janvier : « J'ai maintenant 32 observations d'abcès pelviens avec guérisons. » Si c'est par des laparotomies semblables, cela se comprend facilement. (*Soc. gynécol. de Chicago*, 19 février.)

Tout en n'ayant pas attiré autant l'attention chez l'homme, ces abcès paraissent aussi fréquents que chez la femme. 5 cas en ont été observés par le docteur Burchard dans la

partie supérieure de la cavité pelvienne; ils ne peuvent donc être confondus avec les abcès de la valvule iléo-cœcale.

La chronicité plutôt que l'acuité paraît en être la règle, excepté dans ceux d'origine traumatique. Les individus mal nourris et cachectiques y sont le plus exposés. Une induration diffuse du tissu cellulaire pelvien en est le signe, longtemps avant l'apparition du pus. Le diagnostic en est ainsi difficile par le siège profond de cette induration.

L'observation donnée comme type concerne un potier de vingt-trois ans qui, sans cause appréciable, fut saisi soudainement, en mars 1882, d'un accès de douleurs vives dans la fosse iliaque droite pendant trente heures et qui se termina en s'irradiant du côté opposé. Ces douleurs sourdes persistèrent avec plus ou moins d'intensité jusqu'en juin 1884. Admis alors à l'hôpital Saint-Luc pour la recrudescence de ces douleurs, il subit plusieurs ponctions en vain. En août, un abcès se montre dans la région iliaque droite et fut ouvert par le professeur Little comme étant d'origine péri-typhlique. L'accroissement de douleurs profondes dans le bassin et le périnée, s'étendant du rectum dans le testicule droit et le sciatique, avec priapisme et émissions involontaires, réforma ce diagnostic. Un second abcès fut ouvert en décembre.

Quoique souffrant toujours, le malade parut s'améliorer légèrement au début de 1885. Mais deux nouveaux abcès apparurent autour de l'os iliaque de mars à juillet et, la vie paraissant compromise, un examen fut pratiqué sous l'anesthésie pour en découvrir l'origine : c'était une carie superficielle de cet os. L'excision des parties nécrosées, faite après l'évacuation du pus, et les pansements antiseptiques n'empêchèrent pas le mal de reparaître avec plus d'intensité; ce qui obligea de recourir à la laparotomie le 1er février 1886.

Des adhérences étendues et intimes furent rencontrées et l'on pénétra dans la cavité d'un vieil abcès qui occupait la moitié postérieure de la fosse iliaque et s'étendait comme un grand sinus, de l'ilium sur la ligne du bassin et jusque dans sa cavité, sans nécrose osseuse appréciable. Les sinus furent grattés à la curette, ainsi que l'ilium, des drains de huit pouces de long facilitèrent l'irrigation avec une solution de sublimé au 2000e. La température et le pouls diminuè-

rent dès le troisième jour et l'opéré, malade depuis quatre ans, se porte aujourd'hui parfaitement. (*Acad. de méd. de New-York*, 15 avril.)

D'où la démonstration de l'urgence d'un diagnostic précis dès le début de ces abcès, comme dans ceux du foie, avec l'emploi de la laparotomie au besoin pour mieux l'assurer. Quatre années de souffrances et le danger de mort furent le prix de tâtonnements et d'erreurs.

Abcès de la valvule iléo-cœcale. Voy. TYPHLITE.

Abcès de la marge de l'anus. Ils doivent être traités, suivant M. Reclus, comme une fistule borgne externe dont ils sont l'équivalent après ouverture spontanée ou ponction. Cette méthode les guérit d'une façon définitive. La section du sphincter entraîne seulement, au début, l'incontinence des matières fécales; l'hémorrhagie est facilement arrêtée par le thermocautère, et quelques précautions antiseptiques suffisent à éviter l'infection purulente, devenue rare depuis l'emploi du sublimé et de l'iodoforme. (*Associat. française*, 14 août, et *Arch. de méd.*, décembre.)

ACCOUCHEMENTS. L'*antisepsie obstétricale* ne doit pas être autre que celle de la chirurgie ordinaire, suivant M. Lucas Championnière. Ne pratiquer le toucher qu'avec les mains et les instruments lavés à l'eau phéniquée et graissés avec l'huile phéniquée au 20e. L'injection dans l'utérus, après la délivrance, exige également une solution phéniquée au 20e. Compresses d'eau phéniquée faible sur la vulve, pendant deux à trois semaines et lavages peu abondants avec la même solution. La fétidité de l'odeur exige seule l'injection.

L'emploi du sublimé a fait dévier de ces préceptes en recourant aux injections répétées et abondantes. De là les accidents nombreux qui en sont résultés et qui ont fait douter de ses avantages. Il s'agit donc, comme Frerichs, de revenir à l'usage de l'acide phénique. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, août.)

Une statistique faite par Dorhn dans 47 des principales Maternités de l'Allemagne, sur la mortalité survenue de 1874 à 1883, montre que sur 104 287 accouchements, il y a

eu 1 427 décès, soit 1,37 p. 100 de mortalité. Elle n'a été que de 0,56 où il n'y a pas d'enseignement clinique, soit 55 décès sur 9 666 accouchements. Elle s'est élevée à 1,13 dans celles affectées à l'éducation des sages-femmes et à 1,42 lorsque les étudiants y pénétraient. Elle a même été de 1,90 dans celles qui sont exclusivement consacrées à leur enseignement.

Prise en bloc, dans ces différentes Maternités, cette mortalité n'a été que de 0,96 p. 100 en 1883. C'est le chiffre le plus bas qui ait été atteint, et qui témoigne, soit des progrès de l'antisepsie elle-même, soit du soin croissant avec lequel elle est appliquée.

Ces chiffres sont éloquents, et non moins éloquents seraient ceux que pourraient fournir les différentes Maternités de Paris. Ils prouvent l'efficacité des méthodes antiseptiques et tout accoucheur qui aujourd'hui les dédaigne est certainement coupable. Pourquoi ne pas astreindre les sages-femmes à les employer de même? (*Zeits. f. gynæk. und. geb.*, XII, p. 121.)

Injections de sublimé. Se basant sur un grand nombre d'observations, G. Braun conclut que, vaginales ou intra-utérines, ces irrigations sont facilement suivies de la résorption du liquide, comme le mercure constaté dans les matières fécales en est la preuve. Le moindre obstacle à l'issue du liquide suffit à la résorption immédiate. D'où l'indication de ne les employer que dans les cas très graves, à des doses très faibles, depuis 1000e jusqu'à 4000e et faites par le médecin à l'exclusion de tout autre. Toute plaie de la vulve doit les faire exclure ainsi que l'atonie de l'utérus, l'anémie des accouchées et les affections rénales. (*Wiener med. Woch.*, n° 24.)

Hydramnios considérable. Dans un accouchement à terme d'un fœtus anencéphale, chez une femme de trente ans ayant reçu un violent coup sur le ventre au cinquième mois de sa grossesse, la déchirure de la poche des eaux donna 25 litres de liquide mesuré, outre une certaine quantité perdue. Cette observation rare a suggéré au docteur Gœtz l'indication de diminuer les accidents avant terme par une ponction capillaire avec l'aspirateur Potain entre l'ombilic

et l'épine iliaque antérieure plutôt que par le vagin. (*Revue méd. de la Suisse romande*, n° 3.)

Nouveau céphalotome. Un fort et puissant écraseur, dont l'extrémité supérieure est simplement demi-circulaire, est tout le secret de cet instrument, imaginé par le docteur E. Reynols, de la Maternité de Boston. Présenté à la Société obstétricale le 13 février, ce décapitateur a reçu le meilleur accueil. Avis aux accoucheurs français qui ne peuvent se servir de la simple ficelle pour opérer cette décapitation. (*Boston med. and surg. journ.*, 1er avril, n° 13.)

Placenta prævia. 10 observations en sont rapportées par le docteur E. Chenevière, dont 4 cas en position centrale et 6 en latérale. Devant la prescription de la version pour terminer l'accouchement le plus tôt possible et le tamponnement nécessaire pour arrêter l'hémorrhagie, l'auteur donne la préférence, quand la dilatation ne permet pas la version, au procédé de Jungbluth pour le tamponnement. Des éponges absolument aseptiques, portant son nom, sont employées à cet effet. Elles se dilatent facilement, sans produire aucun écoulement fétide, et leur action hémostatique est très remarquable. D'une de ces éponges, proportionnée à la direction et la dimension du canal, reconnues d'avance, on fait un cylindre. Saisie avec une pince à polypes et l'extrémité étant trempée dans l'eau chaude, elle est introduite en la glissant sur les doigts sans aucune rotation. Appliquée ainsi contre la surface placentaire pendant dix à quinze minutes, elle est laissée en place, jusqu'à ce que le doigt pénètre facilement dans le col à côté de l'éponge. On la retire et, quoique à peine teintée de sang, on la remplace par trois ou quatre autres provoquant la dilatation complète. Une troisième application est rarement nécessaire. La version est ainsi pratiquée sans difficulté, à moins que des contractions énergiques favorisent l'engagement de la tête.

Ce procédé a permis à Jungbluth, sur 7 cas de *placenta prævia*, d'avoir 7 mères et 7 enfants vivants. Employé dans 4 cas par M. Chenevière, il a obtenu aussi les meilleurs résultats. D'autres accoucheurs ont également eu à s'en louer, et cependant il ne se généralise guère. On lui reproche d'être long et compliqué. Ces éponges préparées,

dit Lomer, font sourire tout accoucheur occupé. Mais si ce procédé conserve la vie de l'enfant, sans compromettre celle de la mère, le médecin soucieux de son devoir n'aura pas égard au temps perdu. (*Revue méd. de la Suisse romande*, 15 mai.)

Hypnotisme. L'anesthésie obstétricale ou l'accouchement à la reine, est née à peine que, suivant la mode, l'hypnotisme prend sa place. Le docteur Pritzl paraît l'avoir employé le premier à Vienne, dans la clinique du professeur C. Braun. Prévoyant qu'une patiente de vingt-six ans serait facilement hypnotisable, il la soumit à cette épreuve, malgré ses douleurs et son excitation, en présence de plusieurs médecins. Après avoir fixé pendant quelques secondes la boule d'un thermomètre éclairé, elle perdit connaissance. L'intervalle des contractions était de deux minutes et elles duraient cinquante secondes à peine, étant activées par la pression des muscles abdominaux. Insensibilité parfaite, malgré des crampes de la cuisse gauche et de la raideur de la jambe. Rien du côté droit. La malade tournait la tête de côté et d'autre et dans l'intervalle ressemblait à une personne endormie. En quarante-cinq minutes de cet état, elle accouchait et se réveillait quarante-cinq minutes après, sans croire qu'elle était délivrée et demandant à voir son enfant pour s'en convaincre. La perte du sang n'avait pas été de plus de 300 grammes.

Cette méthode a été expérimentée dans deux autres cas, avec un succès relatif, ni si rapide, ni si parfait. (*Wiener med. Woch.*, n° 45, 1885.)

Le docteur Sargent (de Boston) réclame la priorité de cette expérience. Ayant passé quelque temps à Paris avant d'aller à Vienne et ayant étudié l'hypnotisme dans le service du professeur Charcot, il avait demandé la permission de l'exécuter lui-même. Pritzl ne l'aurait employé ensuite que sur ses indications. (*Boston med. and surg. journ.*, n° 10, mars.)

Danger de l'expression utérine. Aux faits d'Olshausen et de Litzmann, C. Braun en ajoute un troisième, observé à sa clinique, chez une bipare de vingt-cinq ans. L'accouchement avait été rapide, et l'enfant, venu par le sommet, pesait

2 350 grammes. Replacée sur le dos, cette femme fut soumise à l'expression utérine qui amena aussitôt le placenta avec 300 grammes de sang. Immédiatement, la figure devient violacée, avec vomissements, convulsions et syncope. Utérus flasque avec issue modérée de sang noir, n'expliquant pas le collapsus. Néanmoins, on ne put réveiller la contractilité cardiaque et la mort survint.

L'autopsie montra de nombreuses bulles dans les veines du cou, du cœur et celles de l'utérus. D'où l'auteur infère que ce n'est pas l'expression utérine pratiquée après l'accouchement qui a pu provoquer l'entrée de l'air et déterminer la mort. (*Schmid's Jahrb.*, n° 3.)

Mort-nés. Tous les accoucheurs ont vu la résurrection ou plutôt la réviviscence des enfants nés en état de mort apparente se manifester après un temps parfois très long. Depaul a cité celui d'un nouveau-né qui avait été abandonné depuis plusieurs heures et qu'il parvint à ranimer avec son tube. C'est encore à ce précieux instrument que le docteur J. Rendu a dû le succès de rappeler à la vie, quarante-cinq minutes après sa naissance, un enfant qu'il venait d'extraire avec le forceps chez une primipare. Il était d'une pâleur cadavérique, sans respiration ni battement cardiaque. Le bain chaud, les frictions, l'insufflation de bouche à bouche ne donnèrent aucun résultat, et c'est en étendant le petit corps sur une table et en établissant la respiration artificielle avec le tube Depaul tenu de la main droite, alors que la gauche, placée sur le sternum, exécutait les mouvements d'expiration, qu'un premier signe de vie se manifesta par le hoquet. Une inspiration spontanée suivit, puis l'expiration. Mais comme si c'était le premier et dernier soupir, plusieurs minutes s'écoulèrent avant qu'il s'en produisît un second. La reprise de la respiration artificielle en ramena aussitôt un second, puis un troisième de moins en moins éloignés jusqu'au fonctionnement régulier. Deux heures furent ainsi occupées à ranimer cet enfant, avant que le fonctionnement régulier fût établi. D'où l'enseignement d'être persévérant sans se rebuter, lorsqu'aucune cause n'explique la mort chez le nouveau-né. (*Lyon méd.*)

Un procédé plus nouveau et expéditif a été inauguré par le docteur Hanson, d'Andawer (États-Unis), dans un cas ana-

logue. Appelé pour une femme en travail depuis trois jours, il trouva la tête arrêtée à la vulve sans aucune pulsation des fontanelles. Lividité des parties, cordon autour du cou, immobilité transversale des épaules. Opérer la rotation de celles-ci, introduire le crochet du forceps dans l'aisselle et effectuer l'accouchement fut l'affaire d'un instant. On frappa ferme sur les fesses du nouveau-né — *child's buttock was spanked* — et la tête fut arrosée alternativement d'eau chaude et d'eau froide, sans qu'il donnât signe de vie. Le cordon avait pourtant saigné avant la ligature. L'insufflation artificielle ne parvenant pas à établir la respiration, après une demi-heure d'attente, l'accoucheur prit le trocart à hydrocèle de sa trousse, à défaut du tube Depaul, et plaçant un tampon sous les épaules du fœtus pour faire saillir la gorge, il le plongea dans la trachée ; retirant aussitôt l'aiguille, il insuffla directement l'air par la canule en opérant l'expiration artificielle avec la main. Un quart d'heure de ce procédé fut nécessaire pour entendre un signe d'existence dans cette lutte pour la vie. Il fut bientôt suivi d'autres. La canule fut enlevée ensuite et la piqûre recouverte d'un linge se ferma sans aucune suite fâcheuse. L'enfant sauvé ainsi, le 7 novembre 1881, est aujourd'hui un beau garçon. (*Boston med. and surg. journ.*, n° 5, février.)

A chacun de juger si, en pareil cas, à défaut du tube Depaul, cette ponction à l'aveuglette est applicable. Il y a danger de tout perdre en voulant sauver.... à tout prix.

Suppression d'urine. S'il n'est pas rare, après un accouchement long ou laborieux, d'observer ce phénomène que j'ai rencontré dans plusieurs cas par atonie vésicale, il suffit du cathétérisme pour rétablir sa fonction. Il n'en fut pas de même chez une primipare de vingt-deux ans, accouchée le 26 mars dernier, et mariée depuis quatre mois seulement. M. Williams, appelé en toute hâte dans une famille inconnue, trouva un enfant mort-né, l'accouchement ayant été très rapide sur la fin. Il paraissait à terme et sans lésion extérieure. L'accouchée, apathique, n'en montrait aucun chagrin ni sa mère qui l'assistait. Tout en vomissant plusieurs fois dans la journée, elle paraissait bien le soir, sans avoir uriné. L'état étant le même le lendemain et les vomissements persistant, on pratiqua le cathétérisme. Quel-

ques gouttes d'urine s'écoulèrent, et la palpation, avec un nouveau cathétérisme, indiquait que la vessie était vide. L'état persista ainsi trois jours, sans la moindre issue d'urine, ni douleur vésicale. Peau sèche, selles fréquentes, langue jaune, sans dyspnée, bon sommeil depuis l'accouchement, absence d'anasarque. Nouveau cathétérisme le quatrième jour, sans aucun résultat. Deux onces d'urine furent rendues spontanément le cinquième ; la malade était faible et n'avait pas dormi. Lochies continuelles, vomissements, pas d'appétit.

Consultation dans la journée. Aucun danger ne paraissait imminent, lorsque l'accouchée succomba subitement dans la nuit, la mort étant survenue comme dans une syncope, d'après la mère.

L'examen du corps n'offrait rien d'extraordinaire, l'autopsie fut refusée et rien ne fut tenté pour éclairer la cause de cette mort, non plus que celle de l'enfant, alors qu'un examen médico-légal semblait absolument commandé par cette anurie prolongée. (*Lancet*, 7 août.)

Accouchement provoqué *contre l'éclampsie menaçante.* A l'exemple de Breuss, employant les bains chauds dans le traitement de la néphrite et l'éclampsie, Sippel (de Francfort) a eu recours efficacement à ce moyen chez deux femmes arrivées à la 32e et la 35e semaine de grossesse. L'urine chez toutes deux était rare et albumineuse, avec œdème, ausées, vertiges et autres symptômes annonçant l'éclampe. Battements normaux du fœtus, aucune douleur de traail. Les deux femmes furent mises dans un bain à la température de 110° Fahr., et, après vingt minutes de séjour, enveloppées dans des linges chauds, déterminant une diaphorèse profuse. Des contractions survinrent bientôt et donnèrent lieu à l'accouchement chez une, quatorze heures près, sans hémorrhagie. Les suites furent normales avec disparition d'urines albumineuses le dixième jour.

Un second bain fut nécessaire le surlendemain chez la seconde et, dix heures après, elle accouchait spontanément d'un enfant vivant, sans hémorrhagie consécutive. Les suites furent aussi normales et l'albumine disparut de l'urine le cinquième jour. (*Centralbl. fur gynæk.*, n° 44, 1885.)

Si l'action du bain chaud est bien connue comme pro-

voquant l'accouchement, son emploi démontré par Breuss ne l'est pas autant contre les menaces d'éclampsie. D'après lui, on peut même l'employer efficacement contre la menace d'éclampsie, sans provoquer le travail, en donnant le chloral *ad libitum* en lavements avant le bain, de manière à diminuer la sensibilité réflexe des nerfs périphériques. Le bain chaud conviendrait donc aussi sans chloral chez les femmes atteintes de rétrécissement du bassin, dès la 35e semaine de la grossesse.

ADONIDINE. Glucoside de l'*Adonis vernalis* (Renonculacée), introduit en thérapeutique en 1879 par Botkin (de Saint-Pétersbourg) et employé spécialement contre les affections cardiaques. Nouveau sédatif et régulateur des palpitations cardiaques par son action diurétique énergique comme le muguet, en déterminant une pression sanguine de 16 à 36 centimètres de mercure. Après l'expérimentation de ce glucoside sur les animaux, le docteur A. Durand, chef de clinique à Lille, l'a administré à deux femmes atteintes de dysystolie avec insuffisance mitrale et à une jeune fille ayant un rétrécissement avec insuffisance de cet orifice, ainsi qu'à deux hommes atteints de lésions analogues. 2 centigrammes de ce médicament étant administrés en remplacement de la digitale et de la caféïne mal supportées, on observa aussitôt un ralentissement régulier des battements avec augmentation très notable, soit le double en vingt-quatre heures.

A la dose de deux centigrammes qu'il ne faut pas dépasser, l'adonidine, d'après ces cinq observations, augmente la tension artérielle, régularise les battements du cœur, diminue la fréquence du pouls, accroît l'énergie des contractions cardiaques, augmente rapidement la diurèse et ne donne pas lieu à des phénomènes dus à l'accumulation de la substance. (*De l'action comparée des médicaments cardiaques, précédé d'une étude sur l'adonidine*, par M. E.-A. Durand, Paris, 1885, et *Bull. de thérap.*, 15 janvier.)

C'est en pilules de 5 milligrammes que le docteur Huchard a employé ce nouveau glucoside jusqu'à 4 à 5 par jour. L'action en a été ainsi manifeste. Un homme atteint de néphrite interstitielle, avec bruit de galop cardiaque, anasarque, asystolie commençante, y fut soumis, la spartéine

restant sans effet. 5 à 6 pilules amenèrent une diurèse abondante; mais des nausées, des vomissements et la diarrhée obligèrent bientôt d'en cesser l'usage. L'urine diminuant, l'adonidine fut reprise et l'éleva bientôt de 2 à 6 litres, avec augmentation de la pression artérielle, amplitude et régularité du pouls, disparition du bruit de galop et de l'œdème. Une femme atteinte d'affection mitrale sans souffle présenta bientôt un bruit de souffle systolique très net, sous l'influence de la plus grande énergie des contractions cardiaques. (*Soc. de thérap.*, 23 décembre 1885.)

Si rapide est l'action de ce nouveau médicament, que ses effets sont constatés dès le premier jour sur la tension artérielle, le cœur et la diurèse. Son élimination l'est également par la disparition même de ces effets dès qu'on le supprime, contrairement à la digitale; on doit donc maintenir le malade assez longtemps sous son action. Celle-ci est si nette sur le système artériel qu'il semble indiqué de l'administrer avec avantage dans les cas de fièvre typhoïde ou de cardiopathie, quand la débilité cardiaque résulte des troubles d'innervation vaso-motrice et du défaut de pression sanguine. L'ergotine a été employée avec succès en pareil cas.

ALBUMINURIE. Voy. Maladie de Bright.

ALCOOLISME. Cette plaie des temps modernes, unie à celle du tabagisme qui en est solidaire, et dont l'extension s'accroît sans cesse, est soumise de nouveau à l'examen des hygiénistes. A propos d'une loi fiscale à édicter pour les besoins du Trésor public, on demande aux médecins et aux chimistes de fixer les conditions dans lesquelles l'alcool doit être pour entrer sans danger dans la consommation publique. Sa pureté est sans doute la première condition, mais comment éviter toutes les fraudes dont il est susceptible? On parle à cet effet d'établir des bureaux d'analyse et de vérification aux frontières, tandis que les bouilleurs de cru, à l'intérieur, sont libres d'en fabriquer et d'en trafiquer à leur gré sans examen. Il faudrait donc préalablement prévenir ces fabrications secrètes et soi-disant personnelles, ou les soumettre uniformément à l'impôt. Le monopole de l'alcool par l'État, proposé simultanément en France et en

Allemagne, serait donc le plus court et le plus sûr moyen de régulariser et d'uniformiser son emploi en le livrant pur, rectifié à un degré fixé d'avance. Libre à chacun ensuite d'en faire l'usage qu'il voudrait dans son vin, sa bière, son cidre ou sa liqueur, son élixir particulier, dès que le droit en serait payé.

Les amateurs de liberté à outrance ne l'entendent pas aussi simplement. Il s'agit de ménager les bouilleurs de cru et les débitants qui forment un nombre considérable d'électeurs, en leur laissant toute latitude dans leurs agissements. La liberté d'entrée des alcools, des vins et des liqueurs de toute sorte à la frontière, doit aussi être respectée, sauf à augmenter les droits pour mieux provoquer la contrebande. Les citoyens pourront se griser ainsi à leur aise et même s'empoisonner. Tel est le système qui paraît devoir triompher au plus grand détriment de la santé publique. La loi contre l'ivrognerie tombe ainsi de plus en plus en désuétude par la liberté laissée à chacun de se soûler à son gré et de le montrer publiquement avec le plus grand bruit, sans souci d'encourir aucune répression.

De quelle utilité peuvent être après cela les discussions académiques sur l'impureté de l'alcool, ses sophistications, le vinage et le mouillage des vins? Il serait donc superflu de s'y arrêter, tant que la loi ne sera point votée. Voici, au contraire, les conclusions adoptées par l'Académie de médecine, se plaçant au point de vue de l'hygiène, à ce sujet :

I. Le vinage ou alcoolisation des vins à l'aide d'alcool pur et ne dépassant pas 2 degrés peut être toléré ; mais, en dehors de ces conditions, il doit être absolument interdit;

II. Le vinage n'est pas seulement dangereux par la quantité et souvent par la mauvaise qualité de l'alcool qu'il ajoute au vin, mais encore parce qu'il permet de pratiquer le mouillage, qui est à la fois une fraude et une falsification ;

III. Les alcools dits supérieurs augmentant considérablement les dangers des eaux-de-vie et des liqueurs, il y a lieu d'exiger que les alcools destinés à la fabrication de ces produits soient complètement purs;

IV. L'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de réduire le nombre des débits de boissons, de les réglementer et d'appliquer *sérieusement* les lois répressives de l'ivrognerie. (*Séance du* 30 *novembre.*)

Influence sur la gangrène des tissus. Elle est assez prononcée et assez connue pour être opposée à toute autre cause évidente et devenir une question médico-légale embarrassante. Un contremaître intelligent, quoique un peu alcoolique, fait une chute de 3 mètres de haut d'un échafaudage. Une tumeur volumineuse apparaît immédiatement dans l'aine. Porté à l'hôpital, il est anesthésié pour l'opération; M. Folet fait le taxis et, en deux minutes, le glouglou caractéristique annonce la réduction. Néanmoins, les douleurs persistent et il n'y a pas de selles; une tumeur mate existe dans l'aine et la bourse correspondante. Le chef de clinique opère et rencontre du liquide et le cordon; pas de hernie. La situation empire et la mort arrive le lendemain matin, malgré l'anus contre nature pratiqué avant la mort.

L'autopsie montra une hernie congénitale s'étant reproduite trente ans après. Une gangrène de l'anse intestinale avec ulcération existait sur la convexité, sans aucune trace d'ecchymose sur le scrotum. Tous les chirurgiens ont été d'avis que cette gangrène résultait de la chute, mais le professeur Wannebroucq a vu des gangrènes très rapides chez des alcooliques. La Compagnie d'assurances, s'appuyant sur ce fait, a refusé de payer. (*Soc. centrale de méd. du Nord*, 11 juin, et *Bull. méd.*, n° 6.)

Action sur le foie. Sur 250 autopsies d'ivrognes ayant une longue histoire de débauches, la mort étant survenue plusieurs fois dans l'une d'elles, le docteur Formad a rencontré seulement 6 cas de cirrhose atrophique du foie; tandis que dans 220, cet organe était considérablement hypertrophié, le plus souvent par une infiltration graisseuse. L'induration cyanotique des reins, différente de la néphrite cardiaque, et une gastrite chronique avec mamillation de l'estomac furent constatées dans presque tous les cas.

Cette absence de la cirrhose atrophique a été confirmée par plusieurs assistants, d'accord avec le docteur Anstie. Le foie graisseux est rencontré beaucoup plus souvent. (*Pathol. soc. of Philadelphie*, novembre 1885.)

Névrite alcoolique. A côté des caractères assignés à la dégénération wallérienne à la période initiale, on en ren-

contre d'autres, d'après M. Gombault poursuivant ses études à ce sujet, où la lésion se présente avec des signes différents. La gaine de myéline, au lieu d'être grossièrement sectionnée et de former des boules volumineuses, est finement émulsionnée; le plus souvent, les fines particules graisseuses ainsi produites sont englobées par des cellules volumineuses qui constituent à l'intérieur de la gaine de Schwann un véritable manchon de corps granuleux.

D'autre part, le cylindre-axe *persiste*, tandis que, dans la dégénération wallérienne, il disparaît rapidement. La présence du cylindre-axe est toujours difficile à constater sur les fibres traitées par l'acide osmique. Mais, en variant les modes de préparation et en comparant les résultats que donne chacun d'eux, on peut mettre le fait en évidence. Ces particularités de la névrite alcoolique se rencontrent aussi dans la névrite saturnine expérimentale et dans la paralysie diphtérique. Il semble d'ailleurs exister une phase première dans la névrite alcoolique, comme celle indiquée dans la névrite saturnine, caractérisée par la multiplication des noyaux et l'émulsion de la gaine de myéline avec conservation du cylindre-axe. Cette phase préwallérienne, en raison de l'intensité du processus, aboutirait rapidement, sur le plus grand nombre des fibres, à la destruction du cylindre-axe et, partant, à la dégénération wallérienne. (*Acad. des sciences.*)

Phlegmon sous-pectoral. Quatre observations en sont citées par M. Lardier, chez des alcooliques, dont la cause paraît être la fatigue et le surmenage des muscles pectoraux ou auto-traumatisme. En se résorbant parfois, il donne naissance à des abcès métastatiques ou auto-infection. On prévient ces derniers accidents en ouvrant le phlegmon, dès que la fluctuation est perceptible, et en traitant l'état général par la strychnine que les alcooliques tolèrent parfaitement, comme la preuve en a été donnée l'année dernière. (*Association française,* août.)

Pseudo-tabes. A côté de l'ataxie vraie des alcooliques, le docteur Leval-Piquechef décrit un état clinique en différant à peine. A la suite d'excès prolongés et d'accidents

alcooliques, apparaissent des douleurs très variables ressemblant parfois aux caractères typiques du tabes, mais s'en distinguant plus souvent par des picotements, malaises, douleurs musculaires, sensations de brûlure, ordinaires aux alcooliques. Leur siège d'élection aux membres inférieurs et leur apparition ou leur exacerbation nocturne, ne se manifestant presque jamais en ceinture, en sont les caractères distinctifs. L'hyperesthésie, l'analgésie et l'anesthésie, en plaques ou étendues, sont les mêmes que dans l'ataxie; leur localisation exclusive aux membres inférieurs les en différencie seule.

Quant à la motilité, la gêne de la marche s'accentue très rapidement. En peu de semaines, l'incoordination est complète, augmentée encore par l'occlusion des yeux. Station impossible sur un pied. La cuisse est fléchie brusquement et soulevée à une grande hauteur, tandis que la pointe du pied reste tombante, comme chez le cheval qui steppe. Elle résulte de la parésie des extenseurs, selon M. Charcot.

Abolition du réflexe rotulien. Mais la rareté de ce symptôme, si fréquent dans l'ataxie, ainsi que l'absence des crises viscérales, des troubles oculaires auditifs et génito-urinaires, montrent la différence du pseudo-tabes. Ceux-ci existent pourtant exceptionnellement ainsi que les troubles oculaires sans paralysie myotique; l'atrophie, au lieu d'être grise, est blanche, et quand la cécité a lieu, elle guérit d'ordinaire.

La marche des symptômes est ainsi contraire à celle de l'ataxie; l'incoordination complète, après être arrivée au maximum en quelques semaines, s'atténue et rétrocède ensuite, comme les phénomènes douloureux et le réflexe rotulien, dans une durée totale de trois mois à deux ans. Le pronostic en est ainsi toujours favorable, surtout par le traitement de l'alcoolisme. (*Thèse inaug.*, de 150 pages, Paris.)

Il est donc important d'être bien fixé sur cet appareil symptomatique du pseudo-tabes, pour n'y pas voir au début une ataxie ébauchée, atténuée ou dissimulée. L'analyse clinique poussée au maximum montre plutôt que c'en est un éclair seulement, disparaissant parfois aussi vite qu'il est apparu.

Traitement du délirium tremens. Il n'y en a plus de spécifique, d'après le professeur Leudet (de Rouen). L'opium dont on saturait les alcooliques, il y a vingt ans, ne mérite plus d'être employé que dans certains cas graves et avec beaucoup de mesure. L'expectation est peut-être le meilleur, avec l'hygiène, pour faire cesser le délire. Gairdner, partisan de cette méthode, n'a perdu que 1 malade sur 30 et disait que par l'opium on substituait son empoisonnement à l'intoxication par l'alcool. De 1854 à 1869, où l'auteur employait fréquemment l'opium, la mortalité a été de 4 sur 24, et en ne s'en servant presque plus de 1870 à 1886, il n'a eu que 2 décès sur 29 malades. Ces 6 décès donnent une proportion de 13 p. 0/0 sur 53 alcooliques, en élaguant les cas chroniques et les affections étrangères. Le traitement actuel, dès le début du délirium tremens, est l'infusion de quinquina de 8 à 10 grammes par litre. Facilement ingéré, il est bien supporté et combat efficacement l'épuisement produit par la longue durée du délire. Le bromure de potassium, l'hydrate de chloral peuvent remplacer l'opium; ils n'offrent pas de dangers et ne produisent pas l'épuisement opiacé. (*Normandie méd.*)

Strychnine. Après les succès obtenus en France, sur l'initiative du professeur Luton, voici de nouveaux faits venant de Russie pour les confirmer. Un homme de trente-quatre ans, très anémique et d'une famille névropathique, très alcoolique, avait deux à trois accès de délirium par mois, sans que le chloral, le bromure de potassium et l'opium aient pu atténuer sa passion de boire ni les nausées, les vomissements et la faiblesse en résultant. Dans un dernier accès, le docteur Tolvinski le soumit à l'usage de trois pilules par jour avec un sixième de grain de nitrate de strychnine, sans prohiber l'alcool. Dès le lendemain, il se trouva mieux et demanda du vin. Quatre jours après, les nausées et les vomissements avaient diminué; l'appétit et le sommeil revenaient avec les forces au point qu'il pouvait travailler. Deux pilules furent continuées pendant six semaines et le malade avait alors perdu son goût de boire. (*Vrach*, nos 10 et 38.) Le professeur Manassein, à l'Académie militaire de Saint-Pétersbourg, éditeur de ce journal, ajoute le fait d'une cuisinière très honnête qui, à quarante-

cinq ans, contracta l'invincible passion de boire, suivie bientôt de dépression et d'une extrême irritabilité. Elle avait ainsi des accès chaque quinzaine. Le sulfate de strychnine fut dès lors administré à la dose graduée d'un sixième à un tiers de grain en pilules : une après le déjeuner et une après dîner. Quatre mois après, elle avait perdu sa mauvaise habitude et jouissait d'une excellente santé. (*Idem.*)

Dans 9 cas d'alcoolisme aigu et chronique, traités par le docteur Partzevski au moyen d'injections hypodermiques de strychnine, 7 malades en éprouvèrent les meilleurs résultats. Elles durent être cessées chez les deux autres et remplacées par le chloral. En général, l'effet de ce traitement est immédiat sur l'appétit, le sommeil et les hallucinations. Le tremblement des mains et l'irritabilité disparaissent ensuite. Aucun moyen ne fait cesser le délirium aussi rapidement. (Voy. *année* 1885.) La couleur de la peau, la bouffissure de la face et des mains s'effacent plus tard. (*Medits. Obozrenie.*)

Il est à prévoir qu'en se multipliant dans les diverses contrées, ces succès permettront de fixer bientôt les formes cliniques d'alcoolisme combattues le plus sûrement par cet antidote et que l'on parviendra ainsi à restreindre ce fléau croissant.

Alcoolisme apparent. Tout le monde se croit, à tort, apte à reconnaître l'intoxication alcoolique, et plus d'un malade intéressant, pris ainsi pour un ivrogne, est délaissé, négligé et meurt souvent sans secours dans un coin ou un poste de police. Il n'est pas d'année que la *Lancet* n'en signale plusieurs exemples. Effet de l'habitude locale de rencontrer souvent des hommes, des femmes et des enfants *intoxicated* sur la voie publique à Londres.

L'infortuné colonel Herbinger en a été un triste exemple en France. Accusé publiquement d'alcoolisme par son supérieur, il a été traduit devant un conseil de guerre où la méprise a été solennellement reconnue. Le professeur Peter, appelé à l'examiner, a constaté une maladie nerveuse dont il souffrait depuis plusieurs années. L'anémie cérébrale en résultant produisait de tels vertiges qu'il pouvait à peine se tenir à cheval. Ce phénomène devint ainsi très apparent

dans les circonstances critiques où il se trouva au Tonkin, lors de sa retraite à la porte Jaune. De là l'erreur et l'accusation portées contre lui. Ces cas ne sont pas rares, et, avant d'accuser, il faudrait au moins faire constater l'intoxication par un médecin.

ALIÉNATION MENTALE. *Maladies intercurrentes*. D'après l'observation du docteur Gine, médecin de l'asile de Barcelone, l'érysipèle, celui de la face en particulier, est très commun parmi les aliénés. L'eczéma est aussi très fréquent, sans que ces malades s'en troublent beaucoup. Il n'a jamais vu les furoncles ni la furonculose suivre l'amélioration ou la guérison de l'étal mental. La principale propension des mélancoliques semble être de se mutiler les organes génitaux. Un aliéné montrait ainsi, comme une preuve d'adresse, un testicule qu'il avait excisé avec un morceau de verre. Un autre tenta de la même manière de pratiquer une véritable œsophagotomie. Une grande insensibilité semble résulter de ces tentatives. Il y a même lieu de faire attention aux régions inguinale et crurale des aliénés pour vérifier s'ils n'ont pas des hernies ou des inflammations dont ils ne se plaignent pas. (*Independ. med.*)

Thérapeutique suggestive. L'hypnotisme continue à faire merveille chez certaines aliénées. Trois succès remarquables en ont été obtenus par le docteur A. Voisin, dans son service de la Salpêtrière, chez des femmes hystériques ou hystéro-épileptiques, dans un temps relativement court. Il suffit que ces malades soient très suggestionnables pour les guérir. C'est en leur prescrivant énergiquement de ne plus penser à l'objet de leur délire que celui-ci cesse bientôt, quelles que soient son intensité et sa durée. Un délire amoureux avec hallucination de la vue et de l'ouïe guérit ainsi en quatre mois. Une mélancolique, avec les mêmes hallucinations, guérit encore plus vite, ainsi que l'idée de suicide.

Un petit nombre d'aliénées sont, il est vrai, susceptibles de recevoir ces impressions favorables, et ce n'est guère que chez des femmes nerveuses, hystériques, ou des hommes dans des conditions analogues, que ce traitement peut recevoir son application. (*Bull. de thérap.*, avril.)

Hypnone. Entre les divers hypnotiques récemment préconisés, celui-ci a particulièrement réussi aux aliénés de l'asile de Quatre-Mares, d'après M. Lailler. 13 malades atteints différemment, soumis à son emploi, en ont éprouvé les résultats suivants : nuls chez 3; calme absolu et le sommeil chez 4; chez 5, ces mêmes effets ont été assez satisfaisants; l'agitation a cessé chez 2 sans sommeil. L'action sédative sinon narcotique de l'hypnone est donc évidente.

Les malades ne font pas de difficultés pour prendre ce médicament en potion; son goût ne leur est pas désagréable, dès qu'il est pur et bien fabriqué. Il est administré sous forme de sirop aux doses suivantes :

℞ Hypnone	20	gouttes ou 50 centigr.
Alcool	20	grammes.
Eau de laurier-cerise	5	—
Sirop de fleurs d'oranger	275	—

30 grammes contiennent deux gouttes d'hypnone. Il suffit de doubler ou de tripler ces doses pour avoir une solution d'autant plus forte. On peut même n'en préparer que pour 4 ou 8 gouttes, en diminuant proportionnellement les excipients. (*Ann. méd. psychol.*, juillet.)

AMÉNORRHÉE. *Dilatation du col.* Sans distinguer la cause de l'insuffisance des règles, le docteur Braithwaite préconise le dilatateur métallique du docteur Greenhalgh comme le meilleur moyen de les augmenter. Le permanganate de potasse étant resté sans action et l'introduction de tampons de coton ou de corps étrangers dans le col de l'utérus n'ayant donné que des résultats imparfaits, il a employé ce dilatateur avec succès. La seule objection est d'exiger une dilatation préalable avec des mèches ou tentes. Au contraire, MM. Mayo et Teale emploient une dilatation rapide avec des sondes, en anesthésiant les malades. Cette méthode a été employée dans plus de 50 cas par ce dernier, sans aucun accident, excepté dans un cas. Le col peut être dilaté jusqu'au n° 12, sans qu'une légère lacération soit à craindre. L'écoulement prend dès lors un libre cours, et l'emploi des mèches ne donne pas de mauvais résultats, quand elles sont imprégnées de graine de thymol et recouvertes d'iodoforme.

(*Leeds and west riding med. chir. Soc.*, 5 mars, et *Lancet*, 21 avril.)

Si cette dilatation est rationnelle dans le cas de sténose ou rétrécissement de l'ouverture du col, on ne comprend pas qu'elle soit employée comme emménagogue dans l'insuffisance des règles. Le fer, l'apiol, l'aloès sont plus rationnellement indiqués.

Permanganate de potasse. Incrédule sur la réalité de l'action emménagogue après l'emploi du fer, de l'aloès, de la myrrhe, de la sabine et de la rhue, le docteur Fordyce Barker a constaté les meilleurs effets du permanganate de potasse depuis quatre ans qu'il s'en sert. Les filles de quatorze à dix-neuf ans venant de la campagne à la ville en quittant leurs habitudes et leur genre de vie, et qui surmènent souvent leur intelligence pour leur éducation, en éprouvent les meilleures suites dans l'arrêt assez fréquent de la menstruation. Les jeunes mariées qui ont le mal de mer en quittant l'Europe et sont frappées souvent d'aménorrhée ensuite, les femmes plus âgées, de trente à quarante ans, faibles et maigres, ayant eu des enfants et dont la menstruation diminue, en ressentent également des bienfaits. Dans ces cas spéciaux, ce sel amène une prompte guérison, comme plusieurs praticiens l'ont affirmé d'après l'auteur. (*Therapeut. gaz.*)

Il semble avoir un effet différent suivant l'état des malades. Employé pendant un an par le docteur Strong à sa consultation gratuite, il n'a produit aucun effet sur les filles peu développées et les anémiques; mais il est plus efficace que tout autre dans les conditions opposées. 10 centigrammes sont donnés quatre fois par jour, une heure avant le repas, en buvant copieusement de l'eau ensuite. Pris autrement, il ne produit aucun effet. Il paraît sans danger dans la grossesse. Une femme ne se croyant pas enceinte en a usé pendant quinze jours sans aucun résultat et est accouchée à terme de deux jumeaux.

A faible dose de 2 à 3 centigrammes, il peut être continué durant plusieurs mois avec de bons effets. (*Boston med. soc.*, 10 avril.)

Acide oxalique. C'est un emménagogue puissant, d'après

le docteur V. Poulet. Cinq observations sont rapportées à l'appui. Une hémoptysie dangereuse et une angine, accompagnées de phénomènes apparents, disparurent sous l'influence de cet agent, par l'apparition des règles. Il produisit le même effet dans une fièvre typhoïde menaçante. Une aménorrhée chlorotique cessa de même, après l'insuccès des ferrugineux. Une autre, causée par un refroidissement, fut aussi combattue efficacement. Les diverses sortes de cet accident en paraissent donc également justiciables. Cet emménagogue ne dispense pas de l'emploi des moyens généraux, comme les toniques et même les déplétions sanguines.

Il est à remarquer cependant que le quinquina est essentiellement emménagogue, il ne faut donc pas l'employer concurremment avec l'acide oxalique. Il est très efficace, au contraire, contre la métrorrhagie.

L'action toxique de cet acide sur le cœur, à la dose de 3 grammes, suffit pour être réservé dans son emploi chez les cardiaques. Voici d'ailleurs la formule de l'auteur, qu'il est facile d'atténuer au besoin :

Acide oxalique.....	2	grammes.
Eau tiède.....	200	—
Sirop d'écorces d'oranges amères.....	60	—

Une cuillerée à bouche d'heure en heure.

(*Gaz. hebdom.*, n° 20.)

AMPUTATIONS. L'*influence des antiseptiques* est nulle sur leur mortalité, d'après le professeur Le Fort, et il invoque, comme argument capital, la statistique des amputations de cuisse dans les hôpitaux, dont la mortalité de 42 p. 100 n'est pas sensiblement modifiée. D'où la preuve que les germes contagieux ne viennent pas du dehors. Dans deux amputations récentes, il a laissé les plaies exposées à l'air, et les deux opérés ont guéri.

Ces chiffres et ces conclusions résultent simplement, dit M. Tillaux, de la confusion faite entre les amputations de cause traumatique et celles de cause spontanée. Que peut faire l'antisepsie contre les premières, succédant à des délabrements étendus, comme dans les accidents d'usines et de chemins de fer? La mort succède fatalement, non par l'amputation mais malgré elle. C'est dans les suites

des amputations de cause pathologique, tumeurs blanches, caries des os, que l'on peut juger des effets de l'antisepsie. Sur 8 amputations de cuisse pratiquées à l'hôpital Beaujon en 1885, 2 de cause traumatique ont été suivies de mort et 6 de cause pathologique ont toutes guéri. 6 amputations de jambe ont aussi guéri, de même que 2 résections du genou. Ces succès sont dus à la méthode antiseptique rigoureusement appliquée, comme dans toutes les autres opérations. Pourquoi n'en pas tenir compte? 21 amputations du sein ont donné 20 guérisons; il y a loin de là aux résultats de Blandin, qui a eu 13 morts sur 17 opérées, en une année. Il ne suffit pas d'un ou deux succès de plaies ouvertes pour nier les germes contagieux; ils peuvent manquer accidentellement, ou les opérés y être réfractaires. La preuve la plus convaincante du contraire sont les résultats du pansement occlusif avec la ouate de M. A. Guérin. Tous ses opérés succombaient auparavant, et, dès qu'il filtra l'air, ils guérirent comme ceux de tous les chirurgiens qui l'imitèrent. Il faut donc fermer les yeux à la lumière pour nier cette action de l'air et la transformation radicale opérée dans la chirurgie opératoire depuis l'emploi de l'antisepsie. (*Acad. de méd.*, 30 mars.)

Amputations spontanées congénitales. En examinant les cas authentiques de ce genre, le professeur Jeannel (de Toulouse) n'accepte pas la pathogénie des brides inter-amniotiques fœtales, dont l'action était exclusivement admise sur leur production. La présence de celles-ci, plus fréquentes aux membres supérieurs, tandis que les sillons et les amputations spontanées s'observent plutôt aux membres inférieurs, contredit ce rapport et leur relation de cause à effet. Inconcevables embryologiquement, ces brides seraient d'ailleurs incapables d'agir mécaniquement pour produire ces sillons et ces amputations. D'où la conclusion que ces amputations spontanées, comme les sillons congénitaux qui les préparent, sont des lésions trophiques du genre scléreux. (*Gaz. hebd.*, n°s 35 et 36.)

Amputation inter-scapulo-thoracique. 48 faits de cette mutilation ont pu être collectés par le docteur Berger, indépendamment d'un cas qui lui est personnel. Des essais

comparatifs pratiqués sur le cadavre, avec le concours de M. Farabeuf, avec l'examen des faits précédents, lui font proposer un procédé nouveau à deux lambeaux : l'un antéro-inférieur ou pectoro-axillaire, l'autre postéro-supérieur ou cervico-scapulaire. Le premier acte comporte l'hémostase préalable et commence par la section de la clavicule avec résection sous-périostée de sa partie moyenne. L'isolement et la section de l'artère et de la veine sous-clavières entre deux ligatures font le reste. On prévient ainsi l'hémorrhagie et l'entrée de l'air dans les veines mentionnées dans 4 observations.

L'incision du contour et la dissection profonde d'un lambeau pectoro-axillaire forment le premier temps du second acte. La ligature de la sous-clavière prévient toute hémorrhagie dans l'incision de la peau et des muscles. L'omoplate est ainsi entraînée par le membre supérieur et se détache presque complètement du tronc. Restent le tracé et la dissection du lambeau postéro-supérieur formant le second temps. Dès lors, le bras étant fortement attiré en dehors, tandis que les lambeaux sont écartés, l'opération se termine dans un troisième temps en sectionnant les muscles angulaire, rhomboïde et grand dentelé, rasant avec le couteau les bords supérieur et spinal de l'omoplate. L'artère scapulaire est liée ensuite.

L'avantage de ce procédé est d'aborder l'interstice inter-scapulo-thoracique par le point le plus accessible; d'assurer l'hémostase préalable, de réserver pour la fin la section des parties où elle n'existe pas et de laisser une plaie linéaire par la réunion de deux lambeaux presque égaux. Mais le professeur Ollier fait remarquer que si le premier temps peut être pratiqué, il en est autrement du reste. « Pour la constitution des lambeaux, dit-il, on fait comme on peut. » Cela marque bien le caractère théorique de ce procédé. (*Congrès français de chirurgie.*)

La preuve en est dans le fait observé par le docteur J. Lucas-Championnière, d'un mécanicien de trente-huit ans arrivant le 30 juin à l'hôpital Tenon avec le bras gauche enlevé. Il n'y avait plus qu'à régulariser cette énorme plaie béante. Après un lavage soigné avec une solution antiseptique forte et l'application d'énormes gâteaux de charpie pour la recouvrir, on laissa le malade tranquille se remettre

du choc éprouvé. Ce n'est que le 4 juillet au matin, le blessé survivant, que le chirurgien procède à l'extirpation totale de l'épaule, comprenant la clavicule, l'omoplate et les muscles de celle-ci. Assurément, le procédé ci-dessus n'a pu être employé; pourtant cet opéré a guéri, et, avec l'aide d'un bras artificiel, il fait encore bonne figure; les planches le représentant, avant et après, sont une démonstration éclatante de ce beau succès. On fait comme on peut pour réussir le mieux possible. (*Revue de chir.*, juillet.)

AMYGDALITE. *Orchite et ovarite coïncidentes.* Le mal de gorge, si fréquemment localisé à une glande, ne serait plus aussi simple et bénin que de nombreuses générations médicales l'ont affirmé d'après leurs observations. Sa récidive commune et la suppuration s'ensuivant chez certaines personnes, l'induration et même l'hypertrophie de cette glande entraînant son ablation, seraient beaucoup plus graves qu'on ne le croyait. Suivant les nouvelles doctrines, ce serait une maladie infectieuse, et à défaut de pouvoir saisir ni montrer l'agent infectant, on infère cette infection de l'appareil symptomatique, formidable parfois, de ce mal de gorge qui, pour durer seulement quelques jours, coupe bras et jambes, brise, meurtrit, amaigrit les malades et entraîne une convalescence aussi longue qu'une fièvre grave. On peut même en mourir, et ces effets redoutables ne s'expliquent que par l'interprétation d'une affection générale et infectieuse, quoique restant manifestement locale et bénigne dans la presque généralité des cas.

14 observations cliniques, collectées de ci de là par le docteur Joal qui en a recueilli quatre personnellement, tendent à donner une nouvelle consistance à cette doctrine. Dans tous ces cas, une douleur avec gonflement du testicule ou de l'ovaire, correspondant à l'amygdalite, a été observée consécutivement, avec ou sans épanchement dans la vaginale, au point de rallumer la fièvre et les accidents décroissants du mal de gorge. Il s'agissait de huit malades du sexe masculin et six de l'autre à divers âges, de dix à quarante, le plus souvent de vingt à vingt-cinq, comme c'est le cas le plus ordinaire. Aucune trace d'oreillon n'existait pour expliquer cette sympathie des glandes génitales. Une seule fois, l'or-

chite précédait le mal de gorge, et ni chez l'un, ni chez l'autre sexe, aucune maladie ni excès génitaux ne furent accusés; une seule fois, un garçon accusa de la masturbation habituelle, et dans un seul cas aussi le médecin appela l'attention du malade à ce sujet, ou du moins il n'en est fait mention dans aucun autre. La question est donc à réserver ici comme dans l'orchite typhoïdique. (*Archiv. de méd.*, mai et juin.) Voy. *année* 1885.

Observés par des maîtres ou des praticiens connus, ces faits, recueillis avec soin et détaillés, méritent toute créance et il semble acquis que, dans certains cas du moins, il y ait coïncidence entre l'amygdalite, l'orchite et l'ovarite. L'auteur donne un nouveau poids à cette opinion en rappelant l'avis conforme de plusieurs médecins français et étrangers en faveur de la nature infectieuse de l'amygdalite. Il croit même que cette coïncidence serait accusée bien plus souvent si, d'après le docteur Gray, la pudeur des femmes ne les empêchait d'attirer l'attention du médecin à cet égard. Cette pruderie est purement anglaise, et si l'inflammation des glandes génitales n'a pas été accusée plus fréquemment, c'est qu'elle n'existait pas. 14 exemples sont donc bien peu relativement à la fréquence de l'amygdalite, et en admettant que la manuélisation joue son rôle dans quelques-uns de ces cas, la coïncidence essentielle se réduit à bien peu de chose. En faire une preuve de l'infection de l'amygdalite nous semble prématurée, en donnant comme la règle une très rare exception; mais celle-ci suffit à appeler l'attention des praticiens sur ce sujet.

Toutefois il ne faut pas confondre, dans cette recherche, l'amygdalite symptomatique et chronique avec celle qui est essentielle et aiguë. Des angines à répétition, à divers intervalles, sous l'influence du froid ou du chant, s'accompagnant d'un œdème marqué, avec accès d'asphyxie parfois, se terminant par abcès ou des concrétions variables, ou persistant avec gonflement, aspect violacé, induration de la glande, avec saillie blanchâtre, ulcération, n'ont de commun avec l'amygdalite infectieuse que le siège. Ce sont là les symptômes de la formation d'un calcul de l'amygdale dont le docteur Terrillon rapporte un exemple type chez un homme de cinquante ans, qui en souffrait depuis treize à quatorze mois.

Ces amygdalites chroniques, suppurées, se rencontrent rarement dans l'enfance et doivent toujours faire naître l'idée d'un calcul. Ces tuméfactions peuvent même présenter l'apparence d'un gonflement squirrheux, comme Louis en fit la remarque, il y a plus d'un siècle, avec deux exemples à l'appui. (*Mém. de l'Acad. de chir.*, 1774, t. V, p. 461.) Elle était si trompeuse dans le cas précédent, que deux chirurgiens des hôpitaux avaient porté le diagnostic de cancer et proposé une opération qui fut heureusement refusée. On évitera cette méprise par des piqûres exploratrices ou par le toucher s'il est possible. La dureté du calcul corrigera cette erreur et, en assurant le diagnostic, permettra d'en débarrasser le malade par l'extraction. (*Idem*, août.)

Un certain nombre d'observations, recueillies dans un centre ouvrier par M. Dubousquet-Laborderie, lui ont montré que l'amygdalite infectieuse ne se développe que dans un milieu préparé, fécondé à l'avance et dans lequel toutes les causes de déchéance physique trouvent une large place. Bien que le microbe soit encore à découvrir, on ne saurait plus douter de l'origine infectieuse de cette affection, et peut-être admettra-t-on bientôt sa nature contagieuse.

L'évolution clinique est la suivante : un sujet débilité, porteur de grosses amygdales, est pris brusquement de frisson, de fièvre avec courbature, lumbago, anorexie et céphalée. En même temps se développe une sensibilité extrême du pharynx sans aucun produit herpétique ou diphtéritique. Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés et l'urine, albumineuse, contient des bactéries.

Il s'agit, en un mot, d'une infection de toute l'économie qui ne se relève d'une façon complète qu'après la cessation de tous les symptômes locaux et généraux, et surtout de l'albuminurie.

Cette nouvelle notion de pathogénie commande un traitement antiseptique : c'est surtout à la quinine et à la résorcine qu'il faut avoir recours. Un vomitif au début, des toniques pendant tout le cours de la maladie sont des adjuvants utiles. Le traitement préventif consistera dans la suppression des amygdales hypertrophiées par l'ignipuncture. Les professeurs Bouchard et Verneuil se rangent à

cet avis en citant un cas de mort d'amygdalite infectieuse en quarante-huit heures. (*Association française*, août.)

Ulcération tuberculeuse. Trois cas aigus en ont été observés chez des enfants par MM. Abercrombie et Gay, quelques semaines avant la mort. Elle fut confirmée par le microscope dans un cas. La douleur de la gorge et la dysphagie en ont été les prodromes, et des points grisâtres, comme des têtes d'épingle, ont apparu ensuite sur le voile du palais, la luette et les amygdales. En s'étendant rapidement, ils se sont réunis en formant de véritables ulcérations irrégulières dont les amygdales surtout étaient couvertes. La mort est même arrivée avant qu'elles fussent très avancées. En coïncidant avec la tuberculose aiguë, fièvre et émaciation, le diagnostic en est facile avec le gonflement et même la suppuration des ganglions cervicaux; mais ces signes n'existent pas toujours.

Le diagnostic différentiel avec la diphtérie, l'amygdalite et les affections syphilitiques, est facile. Cette angine dépend de la tuberculose et peut être produite par l'expectoration même, suivant le docteur Percy Kidd. Il n'y a pas de différence entre la forme aiguë et chronique admise par les auteurs, qu'elle vienne du pharynx ou du larynx. Sur 500 autopsies, il n'a rencontré que 6 à 8 cas de tuberculose du pharynx. Elle ne se montre guère qu'un mois avant la mort. Des vésicules herpétiques du pharynx donnent parfois le change. (*Roy. med. and chir. Society*, 9 novembre.)

Cocaïne. Au septième jour d'une amygdalite, M. Boeckel fit sur lui-même trois badigeonnages avec une solution à 10 p. 100, à un quart d'heure d'intervalle. Une sensation de froid intense fut ressentie au voile du palais, mais la douleur disparut comme par enchantement pendant une heure entière. L'abcès s'ouvrit ensuite, très peu de temps après cette application, alors qu'antérieurement cette ouverture semblait plus tardive. C'est sans doute là une bizarre coïncidence, mais ce moyen sans nocuité peut être employé contre les élancements, en les répétant plusieurs fois par jour dès le début de l'affection. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

Amygdalite dans l'adolescence. Médecin de l'école Charterhouse, le docteur Haig Brown a observé un grand

nombre d'élèves atteints d'amygdalite : 127 garçons de quatorze à dix-sept ans dont les uns étaient rhumatisants, les autres menacés d'une attaque prochaine. L'humidité et l'influence d'irrigations défectueuses en étaient les causes ; mais la contagion en a été manifestement observée dans deux épidémies. D'où il conclut que le contagium est plus virulent au commencement de la maladie, alors qu'elle est encore méconnue.

Parmi les complications, il signale le développement du murmure cardiaque dans 9, 4 p. 100 des cas, sans rhumatisme antérieur. Une endocardite était évidente dans 8 cas, terminés par une altération valvulaire chronique ; dans 3 autres, c'était une péricardite marquée. L'albuminurie n'a pas été signalée.

Le traitement n'a pas eu une action plus marquée que dans la pneumonie aiguë et d'autres fièvres spécifiques. L'amygdalite suit son cours, sans être influencée par les médicaments : gayac, aconit, chlorate de potasse, salicine et salicylate ; ce dernier seul semble déterminer un accès de fièvre rhumatismale. (*Thèse inaugurale* et *Lancet*, 2 octobre.)

Rapports avec les organes génitaux. Chez un garçon de vingt-sept ans, taille élevée, mince, avec cheveux fins, aspect doux, voix enfantine, sans barbe, M. Pearce Gould a constaté un arrêt de développement du pénis et des testicules, prostate et vésicules séminales inappréciables ; absence de désirs sexuels. Une hernie inguinale oblique existait à droite. Les piliers des amygdales étaient réunis et des glandes minuscules étaient constatées entre eux à la vue et au toucher. D'où l'intime connexion entre les amygdales et les testicules, et la croyance populaire que l'excision des premières lors de la puberté mettait la virilité en danger. Cet effet serait d'observation commune, d'après le docteur Ogle. L'engorgement de ces glandes à l'époque de la puberté, chez les deux sexes, et la cessation des accès de maux de gorge ensuite, vient à l'appui de leur influence sur la maturité sexuelle, aussi bien chez les filles que chez les garçons.

Une observation publique prouve le contraire. A Zanzibar, où tous les garçons ont les amygdales excisées, les testicules sont bien développés ; si cette opération avait des

résultats si graves, elle ne serait plus si communément pratiquée. L'excision d'un organe hypertrophié ne peut être comparée à son développement incomplet. Deux femmes, dont les ovaires étaient absents ou rudimentaires, avaient des amygdales normales, et le docteur Langdon Down a observé de nombreux cas de développement imparfait des organes sexuels avec des amygdales ordinaires. D'où le doute sur cette relation physiologique résultant de cette discussion. (*Clinical Soc. of London*, 8 octobre.)

ANÉMIE. *Transfusion d'eau salée*. A la suite du cas cité l'année dernière (Voy. INJECTIONS, p. 309), une confirmation faite par le professeur Lépine est d'autant plus importante. Une jeune fille, ayant vécu dans de bonnes conditions à la campagne jusqu'à quatorze ans, vint à Lyon comme dévideuse, passant le jour et la nuit dans une petite chambre sans air, mal nourrie et dans la promiscuité. Affaiblie et anémiée progressivement, elle ne pouvait plus travailler depuis quatre mois lorsqu'elle entra à la clinique. L'hémoglobine équivalait au 6e environ du chiffre normal, c'est-à-dire diminution de la valeur globulaire. Malgré une thérapeutique martiale énergique et une alimentation réparatrice, mais imparfaitement absorbée, le sang et l'état général continuaient à décliner. En quarante jours, il y avait perte de 4 kilogrammes avec paralysie atrophique généralisée, notamment des extenseurs des membres, comme dans le saturnisme.

La malade n'exécutait presque plus aucun mouvement, lorsque, deux mois après son séjour, on pratiqua la transfusion d'une solution de chlorure de sodium à 7 grammes par litre, légèrement alcalinisée. L'introduction dans les veines de ce sérum artificiel, non albumineux, passe pour absolument innocente, d'après les résultats de divers expérimentateurs. Selon M. Ott, élève de Cohnheim, ce sérum serait d'une activité réelle dans l'anémie aiguë provoquée sur les chiens. 400 centimètres cubes de cette solution à 39° C. furent infusés lentement dans la veine céphalique, sous une pression de 8 à 10 centimètres d'eau. Aucun accident ni frisson ne s'ensuivit; au contraire, le pouls devint plus fort les jours suivants, l'appétit se releva, et dès ce moment la malade remonta lentement la pente fatale. Un mois plus

tard, les forces avaient augmenté, la paralysie était diminuée, et, quinze mois après, cette fille, transportée à la campagne, revenait complètement guérie, sauf un peu d'affaissement des éminences thénar.

Cette intervention, en donnant une certaine énergie à la circulation et l'hématopoièse, a ainsi son utilité en pareil cas, de même que dans les maladies chroniques, comme quelques vieux praticiens y recourent avec succès. Tous doivent donc y songer dans les cas si graves et fréquents des états cachectiques. (*Lyon méd.* et *Tribune méd.*, 10 octobre.)

Injections de citrate de fer. Pratiquées par le professeur Chiara dans la région fessière, chez une femme atteinte d'anémie très grave à la suite de métrorrhagies répétées, elles ont amené les résultats suivants : Au début, on comptait 1 302 000 globules rouges et 6 200 globules blancs; vingt jours après, les premiers s'élevaient à 3 503 000, alors que les seconds n'avaient pas varié. 10 centigrammes de citrate de fer dans 1 gramme d'eau, injectés deux fois par jour, alors que l'estomac et le rectum ne toléraient aucun aliment, avaient donné ce résultat.

Chez trois autres femmes de la clinique, traitées de même par le docteur Mori, le résultat fut aussi rapide et satisfaisant. (*Raccogl. med.*, n° 4.)

Anémie pernicieuse progressive. Espèce clinique bien distincte, suivant M. Henrot (de Reims), se traduisant ainsi : Après trois ou quatre mois de souffrances mal définies, où les troubles gastriques occupent une place prépondérante, le malade, sans perte de sang, ni leucocytose, ni néphrite, ni empoisonnement saturnin ou paludique, sans cachexie tuberculeuse ou cancéreuse, ni trace d'ankylostome duodénal, voit survenir un anéantissement rapide et complet des forces, tout en conservant son embonpoint et une activité relative des fonctions de l'estomac. Trois cas observés se sont terminés par la mort; dans deux, l'autopsie a été faite et a révélé, outre une pâleur excessive de tous les organes, une hypertrophie et un ramollissement de la rate avec granulations, parasitaires ou non, dans les globules sanguins. D'après l'auteur, cette lésion de la rate

serait primitive, et l'altération du sang, la conséquence. Quant au traitement, il est rarement efficace ; la transfusion, que l'auteur a pratiquée dans deux cas, est d'ordinaire inutile. La médication la plus appropriée consisterait en inhalations d'oxygène, injections sous-cutanées de quinine, et les arsenicaux. (*Association française*, 19 août.) Ce serait donc le cas d'essayer les injections précédentes.

Une cause tangible en a été trouvée dans 13 cas par le docteur Reyher (de Dorpat) : le *Bothriocephalus latus* rencontré dans le canal digestif. Il a suffi de faire évacuer ce ver avec des remèdes simples pour que les symptômes disparussent et que la santé se rétablît. Si ce fait se renouvelle, l'anémie pernicieuse aurait son spécifique tout trouvé.

Le premier cas fut constaté chez une femme de soixante-six ans dont l'anémie croissait depuis seize mois, malgré les divers traitements. Le diagnostic d'anémie pernicieuse fut porté et le traitement dirigé contre une diarrhée qui affaiblissait considérablement la malade. Des anneaux apparurent bientôt dans les selles et le bothriocéphale fut expulsé en entier. La guérison complète en quelques semaines démontra qu'il était la seule cause du mal. (*Deutsch archiv f. klin. med.*, juin.)

C'est la confirmation de ce qui a été dit, il y a vingt ans, sur la nature de l'anémie et le traitement anthelminthique recommandé dès le début. (Voy. HYPOÉMIE INTERTROPICALE, 1866.) L'étiologie parasitaire démontrée par Perroncito chez les mineurs du Saint-Gothard en est une autre preuve. (Voy. *année* 1881.) Il est donc de plus en plus rationnel d'instituer un traitement anthelminthique dès le début de cette anémie, dans les divers climats.

Otto de Leichtenstein appuie cette étiologie par l'observation d'un briquetier de Cologne, âgé de trente-six ans, admis dans son service pour un état d'anémie très marqué datant de six mois. Hydropique, il pesait 121 livres et le sang ne contenait que 1 843 750 globules rouges par millimètre cube. Des purgatifs répétés déterminèrent l'expulsion de 1 066 ankylostomes, et le malade se trouva guéri. A sa sortie de l'hôpital, son poids avait augmenté de 12 livres et les globules s'élevaient à 4 862 500.

Un autre homme de quarante-trois ans, ayant travaillé

dans la même briqueterie d'où il était sorti deux ans auparavant, très anémique, pour entrer en prison, fut également admis dans un état d'anémie et de cachexie profondes. Un grand nombre d'œufs d'ankylostomes ayant été découverts dans les selles, un traitement semblable détermina l'expulsion de 641 de ces parasites en quatorze semaines. La guérison en résulta et le poids de 111 livres s'éleva à 131 ; les globules de 1875 s'élevèrent à 4900. (*Deutsch med. Woch.*, n° 12.)

ANÉVRISMES. Leur extrême fréquence en Angleterre, sinon parmi la race anglo-saxonne en particulier, devrait bien en faire rechercher les causes principales dans les annales médico-chirurgicales de ce pays. Chaque forme spontanée ou chirurgicale, sur tous leurs points d'élection de l'organisme, s'y rencontre plus souvent que partout ailleurs. Aussi les statistiques abondent-elles et il n'est guère d'année où des cas remarquables d'opérations rares, et de guérisons même invraisemblables, n'en soient consignés dans ce Dictionnaire. La méthode de la ligature de la sous-clavière contre l'anévrisme axillaire sera traitée plus loin.

Origine embolique. Une malade de vingt ans, entrée à l'hôpital S. Barthélemy, présentait une tumeur anévrismale du pli du coude droit datant de trois semaines et une autre de même nature, dans le creux poplité droit, datant d'un mois. Une lésion avancée des valvules aortiques amena M. Langton à conclure que ces anévrismes s'étaient développés à la suite d'embolies multiples. Le repos et la compression augmentèrent celui du coude et on lia l'humérale; mais bientôt la tumeur poplitée augmenta et il fallut lier la fémorale. Une attaque d'hémiplégie s'ensuivit et la malade succomba, au deuxième mois de ce traitement.

L'autopsie révéla une endocardite fongueuse ancienne avec ulcération des végétations aortiques. De nombreuses embolies furent rencontrées dans la rate, les reins et plusieurs vaisseaux cérébraux; des embolies calcaires obstruaient la radiale et la cubitale. Il en était de même dans l'iliaque primitive. D'où la démonstration que ces anévrismes ont été provoqués par l'oblitération des vaisseaux.

L'anévrisme est formé, non par une dilatation de l'artère au-dessus de l'embolie, mais par une distension qui se produit au niveau même du point obstrué, par suite d'une inflammation et d'un ramollissement des parois; en certains points, ce processus est accompagné d'une ulcération des tissus.

Dans presque tous les cas d'anévrismes attribués à des embolies, on a constaté la présence, sur les valvules cardiaques, de végétations abondantes et souvent ulcérées; c'est cette forme spéciale d'endocardite qui seule paraît être suivie assez fréquemment d'anévrismes multiples. Plusieurs cas analogues ont été relatés à l'appui par MM. Pollock et Percy Kidd. (*Royal med. and chir. Soc.* et *Lancet*, 23 novembre.)

L'*influence du traumatisme* par l'intervention chirurgicale est surtout accusée par M. Verneuil, qui l'a mise en évidence dès 1877. D'où l'intérêt d'examiner le cœur avant d'agir en pareil cas. Il eut ainsi récemment des hémorrhagies répétées, chez deux opérées, après l'ablation à l'anse galvanique de petits épithéliomas de la langue et des lèvres. Il y avait simplement de l'insuffisance mitrale. La digitale mit fin à ces complications, prévenues par son administration préalable.

Dans deux cas semblables, une femme de soixante-trois ans et un homme de quarante-sept, présentant un léger souffle d'insuffisance mitrale, ont succombé après l'opération faite par M. Trélat.

Un anévrisme fusiforme de l'artère poplitée existait avec hypertrophie cardiaque et souffle d'insuffisance aortique. Après l'insuccès de la compression, M. Schwartz lie la fémorale au canal de Hunter qu'il serre modérément. Dès le lendemain, le pouls est irrégulier avec phénomènes cardiaques croissants; mort le dix-huitième jour. Un caillot remontant jusqu'à l'origine de la fémorale profonde est trouvé à l'autopsie. L'arrêt du cours du sang semble donc bien avoir provoqué directement cette oblitération. Si les lésions cardiaques ne sont pas des contre-indications opératoires absolues, elles paraissent du moins contre-indiquer les ligatures d'une artère principale. (*Soc. de chir.*, 17 novembre.)

Anèvrismes artério-veineux entre la carotide primitive et la jugulaire interne. Malgré leur rareté, ces anévrismes continuent à attirer l'attention, leur nombre augmentant à mesure qu'on s'en occupe. Robert, en 1842, n'avait pu en réunir que 5 cas dans sa thèse; plus tard, M. Le Fort en citait 8 dans le *Dictionnaire encyclopédique*, et, en 1884, on arrive à 10 seulement. (Voy. *année* 1885.) Un nouveau cas en ayant été observé à l'Hôtel-Dieu de Marseille, chez un marin grec de quarante-cinq ans, le docteur Pluyette, chef de la Clinique, est arrivé à en réunir jusqu'à 16 dans un tableau synoptique. Il décrit d'après cela les symptômes objectifs et subjectifs de cette lésion dont le premier cas a été observé à Metz sur un soldat, en 1821. Quant au traitement, l'analyse montre que celui de la lésion artérielle doit seul occuper le chirurgien. En laissant ainsi leurs blessés disparaître dans 13 cas, il n'y eut aucun décès avec survie de treize à vingt-sept ans. Quant à la ligature de la carotide, essayée à l'étranger dans 3 cas, les deux premiers opérés sont morts, le lendemain et le cinquième jour de l'opération ; l'autre n'échappa qu'après les plus graves accidents, sans que son anévrisme fût mieux guéri que chez les non-opérés. Ces résultats nets et concluants condamnent donc l'intervention active et font de l'expectation un devoir formel. (*Revue de chir.*, avril.)

Électro-puncture. Appliquée par M. Polaillon à un anévrisme artério-veineux de l'aine avec développement exagéré des ramifications vasculaires de tout le membre, elle ne détermina aucune amélioration, mais des accidents consécutifs qui amenèrent une mort rapide par septicémie. Ce moyen n'est donc pas plus curatif que la compression, ni la ligature. Le mieux est de n'y pas toucher. (*Soc. de chir.*, 26 mai.)

Anévrisme de l'aorte. *Électrolyse et corps étranger.* Jugeant que la première est insuffisante contre un vaste anévrisme interne plein de sang et que l'introduction du fil métallique seul y occupe trop de place, M. R. Barwell a réuni les deux méthodes. La ligature étant impossible contre une tumeur anévrismale de l'arc de l'aorte, il introduisit 10 pieds de fil fin enroulé sur un cylindre, à l'aide

d'un autre cylindre en ivoire terminé en pointe comme une aiguille à injection hypodermique, et y fit passer ensuite un courant de dix milliampères pendant soixante-dix minutes. Douze heures après, la tumeur durcit et se consolida parfaitement. Le malade put cracher et respirer aisément. Mais une dilatation anévrismale située à la droite du sternum, annexe de la première et dans laquelle le fil n'avait pas pénétré, se rompit huit jours après et entraîna la mort. L'autopsie montra le sac gauche entièrement consolidé par des caillots, ce qui augmenta d'autant le sac droit et entraîna sa rupture. Cette épreuve montre néanmoins que ce nouveau procédé pourrait réussir dans des cas moins compliqués. (*Lancet*, 5 juin.)

Ce traitement de Moore a été employé par le docteur Ransokoff dans deux cas. Un homme de couleur, de trente-cinq ans, souffrait depuis dix mois d'un soudain et grave effort. L'anévrisme existait sur l'aorte ascendante et formait une saillie considérable du thorax. Le repos, la diète, l'iodure de potassium et les injections d'ergotine n'ayant rien produit, huit pieds de fil d'argent furent introduits dans l'anévrisme. La moitié avait passé, lorsque l'opéré eut une syncope et il fut nécessaire de le ranimer par des injections de whisky. La toux et la dyspnée diminuèrent pendant une quinzaine; la tumeur était plus ferme et les battements moindres. Mais ceux-ci augmentèrent ensuite à la partie interne de la tumeur et l'opération fut répétée par 98 pouces de fil d'argent. La tumeur durcit sans cessation des symptômes et l'opéré fut trouvé mort huit jours plus tard.

A l'autopsie, l'anévrisme mesurait 7 pouces sur 4; le sac, dans le tiers supérieur et externe, était rempli d'un caillot épais, ferme, adhérent et laminé. Le reste était tapissé d'une épaisse couche de sang caillé formé autour des circulaires du fil d'argent. La rupture du sac dans la plèvre droite avait déterminé la mort.

15 cas semblables sont aujourd'hui connus avec une amélioration plus ou moins marquée dans 3 cas, celui du docteur Cayley entre autres, où le patient survécut plusieurs semaines, sans une seule guérison. Ce traitement n'est donc ni difficile, ni dangereux, et peut provoquer la coagulation d'un anévrisme dans des cas désespérés. (*Amer. med. Association.*)

Abcès consécutif. Cette méthode ayant été suivie par M. Marsh sur un homme de cinquante-six ans, qui put sortir de l'hôpital sur sa demande un mois après, il se développa, au siège même de la piqûre de l'anévrisme, une saillie de la grosseur d'une noisette, recouverte d'une couche très mince. Incisée le lendemain, elle donna issue à 4 grammes de pus; le malade fut soulagé, et une masse de caillots fibrineux en sortit. L'ouverture s'agrandit les jours suivants, au point de donner plusieurs onces de sang. Tamponnée avec du coton imbibé de perchlorure de fer, elle permit l'entrée de deux doigts dans l'intérieur du sac, lorsque la mort arriva subitement le cinquième jour. (*Lancet*, 17 juillet.)

A la dernière réunion de l'*Association médicale britannique*, la discussion dans la section de pathologie a porté principalement sur ce sujet. M. Holmes a soutenu le rapport de la faiblesse de la paroi avec la production de l'anévrisme et montré le danger de la perforation par l'introduction des fils métalliques.

Anévrisme de la sous-clavière droite. Constaté chez un laboureur de trente ans, il fut traité par la diète de Tufnell et, devant son inefficacité, M. Bennett May eut recours à la ligature de l'innominée le 27 mars. Malgré la cicatrisation rapide et un soulagement marqué, des hémorrhagies consécutives déterminèrent la mort le 14 avril. (*Lancet*, 5 juin.)

Anévrisme axillaire. *Ligature de la sous-clavière.* L'exposition de l'artère axillaire aux coups et violences extérieures rend cet anévrisme plus fréquent que dans toute autre partie du corps. D'où l'importance du choix de la méthode à suivre pour la guérison. L'ouverture directe du sac, encore employée et recommandée par le professeur Syme, en vue du danger de la ligature au-dessus et de la mortalité d'environ la moitié des cas, ne semble pourtant pas devoir l'emporter sur celle-ci, dans les cas au moins où l'autre ne s'impose pas.

Un fabricant de chaînes, de soixante ans, portant un anévrisme volumineux de la région pectorale et axillaire droite, mesurant six pouces sur cinq, siège de pulsations si fortes que la compression du cou ne pouvait les arrêter, y fut ainsi soumis à l'hôpital de la Reine par M. Bennett May.

L'usage des mouvements violents du bras et l'alcoolisme en étaient les seules causes probables; le début remontait à huit mois. L'incision ordinaire faite bien au-dessus de la clavicule, terminée par une autre courte, le long du bord du sterno-mastoïdien, pour former un lambeau, n'eut pas d'autre difficulté que la profondeur nécessaire à mettre le sac à nu. Une forte ligature fut placée sur l'artère à son immergence du scalène et, toutes les précautions antiseptiques étant prises, la guérison était en bonne voie; mais l'opéré ayant bu en cachette, un accès de délirium tremens s'ensuivit, qui amena la mort le lendemain, neuvième jour de l'opération.

L'autopsie montra un volumineux anévrisme sacciforme dont la communication d'un pouce et demi de long était sur la paroi antérieure de l'artère. Un gros caillot laminé était à l'intérieur avec un volumineux coagulum récent au centre. La ligature en place ne laissait rien passer et les collatérales les plus proches en étaient éloignées de trois quarts de pouce du côté du cœur. La guérison était donc probable sans l'accident qui a déterminé la mort.

Sur 22 cas de cet anévrisme, recueillis en Angleterre depuis 1873 et disposés en tableau synoptique, 14 traités par la ligature ont donné 10 guérisons, l'anévrisme étant spontané; le seul cas mortel de celui-ci est le précédent; les 3 autres étaient traumatiques et ont récidivé.

Des 6 autres cas, 2 guérirent par la compression digitale; 2 ouvertures du sac donnèrent une seule guérison; l'un guérit par le repos et la diète, et le sixième, traité par la galvanopuncture, fut également mortel; soit 2 morts sur 6. (*Lancet*, 3 octobre 1885.)

Anévrisme de l'artère hépatique. Un homme de quarante ans fut admis à l'hôpital Northern (de Liverpool), le 8 août, se plaignant d'une vive douleur brûlante dans l'hypocondre droit. Un accès semblable avec jaunisse s'était déclaré à Noël 1884 et, après quatorze jours de durée, le malade s'était trouvé guéri jusqu'au 3 août dernier. Sueurs froides de la face; pouls faible à 92; température normale. De la chaleur et des piqûres de morphine le soulagèrent. Matité de trois pouces et demi dans la région mamaire; douleur à la percussion du foie. Gonfleme e la vésicule;

langue chargée ; ictère ; selles abondantes noirâtres. Vomissement le 11 août avec caillots dans les selles.

Le diagnostic du docteur Caton fut : obstruction des canaux biliaires avec hémorrhagies locales. Mort subite le 12 août. L'autopsie démontra un anévrisme, du volume d'une grosse bille, de l'artère hépatique, placé dans le conduit même. C'est le 11e cas seulement relaté dans la littérature médicale européenne et américaine. (*Clin. society*, 28 mai.)

Anévrisme poplité. *Extirpation*. Les insuccès de la compression, surtout d'après la méthode de Reid dont plusieurs guérisons ont été relatées en Angleterre, ont fait reprendre la méthode d'Antyllus. Elle paraît surtout en faveur en Allemagne. Koehler dit que 14 cas en sont relatés depuis 1875, sans aucun insuccès. Voici le quinzième opéré par lui.

Anévrisme de la poplitée droite, gros comme un œuf d'oie. Un lien constricteur étant placé au-dessous de la tumeur, le genou et une partie de la cuisse furent enveloppés avec une bande élastique. Les tissus sont ainsi exsangues, et, en relâchant le lien de la jambe, la réplétion des veines permit de reconnaître facilement les divers tissus. 5 centimètres de la veine poplitée furent excisés, puis l'extirpation du sac eut lieu. L'artère fut liée à 1 centimètre au-dessus, mais l'épaississement de ses parois en fit exciser 2 centimètres plus haut. La cavité pouvant recevoir deux poings fut suturée et drainée. Guérison par première intention. (*Centralbl. f. chir.*, no 42.)

Un autre cas en est rapporté par le docteur Blum chez un alcoolique de quarante-quatre ans, très lymphatique. Un coup de fleuret, reçu le 6 août, en était l'origine, et, malgré tous les divers modes de compression employés jusqu'au mois d'octobre, la tumeur allait croissant. Une incision de 20 centimètres fut pratiquée, la bande d'Esmarch étant roulée depuis le pied jusqu'au tiers moyen de la cuisse. Des caillots du volume de deux poings d'adulte furent enlevés et les vaisseaux disséqués à la partie supérieure. Un premier fil fut passé sous la tibiale postérieure. Le tube d'Esmarch desserré permit de lier l'artère au point voulu. La veine tibio-péronière est liée ensuite, puis le bout inférieur de la tibiale postérieure. Lavages de la cavité à l'eau

phéniquée forte, deux éponges phéniquées sont laissées en place pour établir la compression. La cicatrisation ne fut complète que plus de deux mois après, et, six semaines plus tard seulement, la jambe avait repris ses mouvements sans aucun trouble fonctionnel. (*Archiv. de méd.*, décembre.)

ANGINE ÉPIGLOTTIQUE. Voy. LARYNX.

ANTISEPSIE. *De l'antisepsie médicale*, thèse de concours pour l'agrégation, présentée à la Faculté de médecine de Paris par le docteur G. Lemoine, chef de clinique des maladies mentales à Lyon; brochure grand in-8° de 180 pages. Paris, *librairie F. Alcan.*

Sujet neuf dont le programme a été tracé tout récemment par le professeur Bouchard et dont les applications sont destinées à s'étendre rapidement, avec le progrès des doctrines infectieuses et parasitaires des maladies. L'expérience étant encore au début, l'auteur a examiné les différentes surfaces ouvertes ou cachées, ectodermiques et entodermiques, accessibles à cette nouvelle méthode de thérapeutique préventive et curative, en indiquant les essais et les agents déjà tentés avec les résultats obtenus. Un dernier chapitre concerne le milieu intérieur avec les moyens généraux employés, comme le chauffage, la réfrigération et les antiseptiques spéciaux. Cet inventaire très bien dressé sera donc d'une utilité pratique à tous les praticiens jaloux de se mettre au courant des méthodes thérapeutiques actuelles.

Talc iodé. L'auteur fait particulièrement connaître cette nouvelle préparation antiseptique. Elle se compose de talc de Venise préalablement porté au rouge dans un creuset et par conséquent stérilisé, auquel on incorpore un gramme pour 100 d'iode métallique. Le mélange est opéré dans un mortier et par voie humide au moyen de l'alcool. Le talc iodé est légèrement caustique à 2 pour 100. Son action sur les plaies peut être comparée à celle du nitrate d'argent : c'est un excitant et un escharotique léger.

Association des antiseptiques. Ce n'est pas pour en augmenter l'action que le professeur Lépine a introduit cette

innovation, mais pour diminuer leur nocuité particulière. Une solution de sublimé à 1 p. 30000 ayant laissé des altérations graves sur le poumon d'un chien, il a pensé qu'en en mélangeant plusieurs à doses infinitésimales, on en obtiendrait tous les bénéfices antiseptiques sans les dangers. La solution aqueuse est ainsi composée :

Sublimé		un cent millième.
Acide salicylique	ãã	un millième.
Acide phénique		
Acide benzoïque		un demi-millième.
Chlorure de chaux		un demi-dix-millième.
Brome		un dix-millième.
Bromhydrate acide de quinine	ãã	deux millièmes.
Chloroforme		

Aucune de ces substances isolées n'empêchant le développement du *bacillus subtilis*, tandis qu'il est arrêté dans cette solution; les propriétés de ces divers agents semblent donc s'additionner. Injectée dans le poumon d'un chien comme la précédente, cette solution ne laisse aucune trace appréciable, ainsi que des expériences répétées l'ont prouvé. D'où un nouvel agent pour la thérapeutique antiseptique parenchymateuse. Les risques d'intoxication générale seront ainsi diminués. (*Revue de méd.*, septembre.)

Nettoyage des éponges. Voici le procédé employé par M. Dumouthiers, pharmacien, dans le service de M. Terrillon, à la Salpêtrière. Battues séparément avec un maillet de bois, lorsqu'elles sont neuves, pour enlever les parties calcaires, on les lave dans de l'eau à 50 ou 60° jusqu'à ce qu'elles ne donnent plus ni couleur ni corps étrangers. Exprimées, elles sont mises dans une solution froide de permanganate de potasse au centième et laissées pendant une heure et demie à deux heures pour compléter l'oxydation des matières organiques. Lavées de nouveau, elles sont jetées dans une solution de bisulfite de soude au deux centième qui les blanchit, puis lavées abondamment dans l'eau froide et jetées pendant douze heures dans la liqueur de Van Swieten. L'eau servant à ces préparations doit toujours être bouillie d'avance, et, ainsi préparées, les éponges peuvent servir à leur sortie de la dernière solution.

Lavées et exprimées après leur usage, elles n'ont plus qu'à subir ces mêmes opérations, moins le battage, pour être employées de nouveau parfaitement aseptiques. Les expériences n'y constatent plus alors la présence du moindre microbe vivant. (*Bull. de thérap.*, p. 87.)

Des accidents imputables à l'emploi chirurgical des antiseptiques, thèse d'agrégation à la Faculté de médecine de Paris, présentée par le docteur Félix Brun, Paris.

Exposé précis de cette question avec discussion serrée et analyse intelligente d'où il résulte, par les chiffres à l'appui, que si les chirurgiens français n'adoptent pas d'emblée ces moyens comme le font les étrangers, c'est au profit des malades. Leur réserve et leurs précautions, en les mettant à l'abri d'erreurs et d'abus blâmables, montrent qu'avec l'acide phénique, l'iodoforme, le sublimé et tant d'autres poisons antiseptiques , les empoisonnements accidentels sont beaucoup plus fréquents à l'étranger qu'en France. Cette conclusion résulte des statistiques dressées par l'auteur. L'étude des signes toxiques locaux et généraux produits par ces agents fait de cette thèse un utile memento pour tous ceux qui les emploient.

Antisepsie des doigts. Si la propreté en est la principale condition, il faut encore y ajouter des agents spéciaux pour le toucher ou les autres usages gynécologiques. Le docteur Brondel (d'Alger) emploie à cet effet des savons contenant du biiodure de mercure et de l'acide thymique forts ou faibles. Les doigts sont oints ensuite d'une pommade de vaseline au millième de bichlorure de mercure avec 10 p. 100 d'essence d'eucalyptus. Les instruments, au contraire, sont graissés avec la vaseline additionnée au dixième d'acide borique et d'essence d'eucalyptus. (*Gaz. méd. de l'Algérie*, n° 12.)

Antisepsie de la bouche. Avec le danger du sublimé en solution la plus faible, le docteur Muller donne la préférence à l'acide borique en solution de 3 à 4 p. 100. Celles d'acide benzoïque, 1 gramme pour 175 ; l'acide salicylique, 1 à 2 grammes sur 300; le thymol, 1 pour 1500, peuvent y être substituées; on les garde pendant une demi-minute seulement et de préférence en se couchant.

Une stérilisation très rapide de la bouche est obtenue par la mixture suivante :

℞ Thymol	0 gr, 25	centigrammes.
Acide benzoïque	3 00	—
Teinture d'eucalyptus	12 00	—
Eau	750 00	—

(*Journ. de pharm. et de chimie.*)

APHASIE. *Le langage intérieur et les diverses formes de l'aphasie*, tel est le sujet échu par le sort au docteur Gilbert Ballet, dans le dernier concours de l'agrégation à la Faculté de médecine de Paris. Seul, le dernier mot peut être signalé ici comme le plus médical pour parler de la remarquable thèse qui en est résultée. Le surplus est de la psychologie. De son alliance avec la physiologie est née, il est vrai, une nouvelle science : la psychologie physiologique, qui, mettant de côté la psychologie traditionnelle, se rattache intimement à la médecine par son côté objectif et biologique en s'appuyant sur l'anatomie et la pathologie du système nerveux. Si l'étude du langage intérieur, comprenant la vision, l'audition et l'articulation mentales, est du ressort de la psychologie subjective ou idéologique, celle-ci éclaire puissamment une maladie physique comme l'aphasie, qui n'est plus seulement la perte de la parole, mais la surdité, la cécité verbale. Ces mots, si obscurs jusqu'ici, sont éclaircis et compréhensibles lorsque le langage intérieur est représenté par des images auditives, visuelles, motrices, lorsqu'on entend, lit, parle et écrit un mot. D'internes, ces quatre actes en s'extériorisant font ainsi comprendre les diverses formes correspondantes de l'aphasie. De là la classification nouvelle introduite par l'auteur : les aphasiques auditifs, visuels, moteurs et les indifférents. En analysant plus profondément encore les diverses opérations de comprendre, parler, lire et écrire, huit types d'aphasie en résultent.

De là l'intérêt de ce travail pour le médecin et l'observation des malades. En explorant ces huit variétés différentes, il doit trouver le type auquel répond son malade. Ce type sera simple ou mixte sans doute le plus souvent; mais enfin, c'est par cette analyse du langage intérieur qu'il jugera de la variété d'aphasie observée.

Les deux termes de la question posée étaient donc indivisibles. Émanant d'un maître de la nouvelle école philosophique, elle a heureusement rencontré l'un de ses disciples les plus distingués pour la résoudre. Aussi cette thèse académique, qui a valu l'agrégation de son auteur à la Faculté, fait-elle partie aujourd'hui de la Bibliothèque de philosophie contemporaine. (1 vol. in-12 de 174 pages avec une introduction. Paris, *librairie F. Alcan.*)

Dyslexie. Nouvelle variété d'aphasie et plus précisément cécité verbale incomplète et isolée. Le symptôme, observé par Berlin chez six malades, consiste dans l'impossibilité de lire plus de 3, 4 ou 5 mots consécutifs. Ils lisent correctement ces mots quels que soient les caractères d'imprimerie; mais après cela ils sont incapables de continuer leur lecture. Il leur faut s'arrêter un instant pour reprendre ensuite avec le même insuccès. Aucun trouble de la parole n'existe, ils répètent fort bien les mots prononcés devant eux et conservent l'intégrité de l'intelligence. Aucun trouble oculaire.

Elle survient brusquement avec divers symptômes cérébraux, ne laissant aucun doute sur un substratum anatomique. Les quatre autopsies pratiquées par l'auteur lui ont montré des lésions de l'hémisphère gauche. C'était un ramollissement de la substance grise du lobule pariétal inférieur dans un cas. Dans les autres, le foyer de ramollissement n'était pas localisé d'une manière aussi précise. Les artères cérébrales présentaient constamment des altérations importantes.

Ce symptôme, en indiquant toujours une lésion cérébrale même grave et devant entraîner rapidement la mort, a donc une valeur clinique quant au diagnostic et au pronostic. (*Réunion des neurol. allemands*, mai.)

ARTHRECTOMIE. Cette nouvelle opération est substituée à l'excision du genou chez les enfants, dans le cas de tumeurs blanches, et est en grande vogue à la clinique de Gœttingue depuis 1881. Au lieu de l'incision croisée en divisant la rotule, suivant le procédé de Volkmann, König préfère deux incisions longitudinales sur les côtés ou une seule incision médiane. Par l'une ou l'autre de ces méthodes, les cavités de la synoviale et des sacs peuvent

être ouvertes, rendues visibles à l'œil nu et suffisent à l'emploi de la gouge, de la pince et des ciseaux. Sans être absolument nécessaire, la bande d'Esmarch est un secours.

Cette opération est sans aucun danger spécial. Sur 23 opérés, aucun n'est mort de l'opération. L'un a succombé au chloroforme, l'autre à l'iodoforme; un troisième est mort huit mois après l'opération et un quatrième deux mois et demi ensuite de tuberculose généralisée, sans récidive sur le genou. Des 19 autres, 15 ont guéri par première intention, sans fistule consécutive, la cicatrisation s'étant faite chez 10 en trois à six semaines. Une fistule est restée chez les autres; le curage a amené la guérison. La tuberculose était purement synoviale dans 8 cas et primitivement osseuse dans les autres. Des premiers, un seul eut une fistule avec un abcès étendu. Aucun raccourcissement ne résulte de l'opération, mais une ankylose s'ensuivit chez 6 opérés, tous atteints de tuberculose osseuse. Les mouvements étaient très étendus dans 2 cas, mais les mouvements passifs existaient dans la plupart des autres.

Ces résultats montrent que la dissection des sacs et le forage des foyers osseux peuvent être préférés chez les enfants à la résection du genou. (*Centralbl. f. chir.*, 12 décembre 1885.)

ARTHROTOMIE. Elle a été pratiquée au poignet par le docteur J. Reverdin dans le cas suivant. Un homme de trente-cinq ans se fait une entaille d'un centimètre de long au dos du poignet gauche, le 31 décembre 1885, en coupant du bois. Il continue son travail pendant deux jours et se présente seulement le 2 janvier au soir. Lavages phéniqués, débridement et curage de la plaie; pansement à l'iodoforme. Une arthrite aiguë s'ensuit et des craquements osseux se manifestent dès le 5. Le malade est anesthésié, l'incision agrandie et la capsule ouverte donne une cuillerée à café de synovie jaune et trouble évidemment purulente. Des injections phéniquées à 5 p. 100 sont pratiquées dans les interstices articulaires et un drain est placé. Bandage antiseptique et compressif.

Grand soulagement le lendemain, sommeil, pas de suppuration, diminution du gonflement. Mais une collection purulente se forme à la partie postérieure du premier espace

intermétacarpien. Ouvert, il ne communique pas avec l'articulation et l'on comptait sur une guérison rapide, lorsque des douleurs spontanées se déclarent la nuit du 16 janvier. La quinine les atténue à peine, ainsi que le laudanum et le chloral; des pointes de feu autour de la blessure ne les calment pas, et une paralysie des extenseurs est constatée le 9 février avec atrophie très marquée de l'avant-bras. Le blessé étant rhumatisant, le salicylate de soude est administré et l'amélioration se manifeste graduellement. L'opéré a repris son travail le 27 février avec un poignet mobile, des mouvements indolores quoique limités ainsi que l'extension et la flexion; absence de craquements et de frottements dans la jointure. Ce succès est donc remarquable. (*Revue méd. de la Suisse romande.*)

De l'arthrotomie. Thèse d'agrégation, présentée au concours de la Faculté de médecine de Paris, par A. Jalaguier. Travail complet, couronné par l'admission du candidat. 102 observations y sont réunies dont la plupart datent seulement de 1871. 91 guérisons sont constatées, dont 21 avec ankyloses complètes, 17 avec limitation des mouvements, 53 avec leur rétablissement complet, 2 cas de résection consécutive, 9 morts. La précocité de l'intervention est une condition de succès. Les arthrites traumatiques sont particulièrement justiciables de deux larges incisions latérales avec drainage de part en part. En cas de fracture douteuse, mettre l'articulation à nu. De même dans les inflammations péri-articulaires chroniques et les arthrites idiopathiques des enfants. Telles sont les exceptions à l'incision unique avec antisepsie et drainage.

Sur 159 observations de taille articulaire pour corps étrangers, la mortalité n'a été que de 0,89 p. 100, grâce à ces nouveaux moyens et à une immobilité prolongée. Les fongosités pouvant être assimilées à ces corps étrangers, cette opération comme incision exploratrice avec grattage et curage, sinon résection au besoin, reste *sub judice.*

ASTHME. On s'étonne qu'après les innombrables remèdes proposés et abandonnés, on ait encore le courage d'en proposer de nouveaux contre cette affection. Voici la potion employée par le docteur Nuñes (de Rio-Janeiro) :

℞	Eau	200 grammes.
	Benzoate d'ammoniaque	10 —
	Teinture de lobélie	15 —

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

Administrée dans 4 cas d'asthme essentiel, sans complications étiologiques, cette potion a amené très rapidement la cessation de la dyspnée, soit quinze jours en moyenne. (*Bull. de thérap.*, 15 février.)

C'est après avoir vu employer la teinture de lobélie, jusqu'à la dose de 15 grammes chez les enfants asthmatiques, à la polyclinique du docteur Moncorvo, que l'auteur est venu préconiser son usage en France à si haute dose. La preuve authentique en est consignée dans un journal local de novembre 1885 : l'*Uniao medica*, dans un travail spécial sous ce titre : *De l'asthme chez les enfants et de son traitement par la teinture de lobelia inflata.* (*Idem*, page 217.)

Lavements gazeux. Administrés suivant la méthode de M. Bergeon (Voy. Phtisie), ils ont donné les meilleurs résultats au docteur Chantemesse chez deux asthmatiques de l'hôpital Saint-Antoine. Entrés pour des accès très violents, ils ont eu, une demi-heure après l'injection intestinale de gaz carbonique chargé de vapeurs sulfo-carbonatées, un soulagement très notable de la dyspnée. Le traitement ayant été continué les jours suivants, la respiration est devenue libre; les attaques n'ont pas reparu pendant toute la durée de la médication. (*Acad. de méd.*, 12 octobre.)

Cocaïne. L'hydrochlorate, employé par Mosler en injections hypodermiques, aurait l'avantage de diminuer la dyspnée et la durée de l'accès. Il se sert à cet effet d'une solution à 5 p. 100 et d'une dose de 6 à 7 milligrammes. 3 observations sont seulement citées à l'appui et c'est trop peu pour entraîner la conviction, mais assez pour en essayer l'emploi sans danger. (*Deutsch med. Woch.*, n° 16.)

Asthme nerveux. Les merveilleux résultats obtenus par des cautérisations ou des ablations de polypes du nez doivent encourager, d'après Smaltz, à attirer l'attention de ce côté en cas de névrose d'origine réflexe dont le point de

départ peut être dans le nez. Mais il faut agir avec prudence et ne jamais promettre une guérison complète et définitive. (*Berl. klin. Woch.*, 1885.)

ATAXIE LOCOMOTRICE. Son existence s'affirme chez l'enfant. Aux 4 faits publiés dans ces dernières années, sur des sujets de trois, neuf, dix et treize ans, il convient d'ajouter ceux décrits par Remak. Une fille de douze ans, de souche syphilitique, présentant divers accidents nerveux, fut prise de symptômes oculaires caractéristiques avec sensation de ceinture, diminution de la sensibilité, abolition du réflexe rotulien, crises gastriques et douleurs fulgurantes, sans incoordination.

Un garçon de quatorze ans, atteint de douleurs rhumatoïdes chroniques avec incontinence d'urine et troubles oculaires symptomatiques, n'avait pas non plus d'incoordination.

Un troisième était âgé de seize ans. A l'incontinence d'urine s'ajoutaient diverses crises douloureuses avec impossibilité de la marche. Les yeux étaient fermés avec atrophie caractéristique des nerfs optiques. (*Berlin. klin. Woch.*)

Pulvérisation de chlorure de méthyle et d'éther. Cette nouvelle médication, inaugurée contre la sciatique, est dirigée contre les phénomènes douloureux de l'ataxie. Le retentissement obtenu par les succès de cette réfrigération dans les névralgies a conduit le docteur Joffroy à la tenter chez les ataxiques, malgré les insuccès antérieurs des pulvérisations d'éther. Mélangeant ces deux agents, l'auteur les dirige contre les parties douloureuses et obtient des succès remarquables. Des phlyctènes, ressemblant en petit à l'action du vésicatoire, en résultent sans doute, mais ce ne sont pas là des écorchures, comme il les appelle. Si l'éther produit plus de froid que le chlorure de méthyle, la congélation ne semble pas en résulter davantage, car ce serait la mort des tissus. Il n'y a donc que réfrigération intense, mais instantanée, comme nous l'avons éprouvé.

11 observations permettent de juger des bons effets après plusieurs mois de traitement. S'il y a eu parfois disparition complète, elle a été temporaire, et même imparfaite le plus souvent.

Du traitement des phénomènes douloureux de l'ataxie locomotrice progressive par pulvérisations d'éther et chlorure de méthyle, par A.-G. Raison; un vol. in-8 de 42 pages, thèse inaugurale, Paris.

Chaussures lourdes. Ceux qui ont l'habitude de voir marcher les ataxiques arrivés à la seconde ou troisième période approuveront cette ressource. Le docteur Hamilton (de New-York) a fait fabriquer à leur usage, depuis quatre ou cinq ans, des chaussures très pesantes à la partie antérieure du pied. Des ataxiques qui pouvaient difficilement marcher et se conduire s'en montrent très satisfaits. La faiblesse des longs péroniers contre leurs opposants est ainsi corrigée efficacement. Le poids ajouté prévient la tendance à une hyperflexion violente et crée une exagération de la conscience subjective du mouvement et du lieu. La perte de la sensibilité tactile plantaire est compensée par la perception du poids. Cette addition permet à des malades de marcher même dans l'obscurité.

Une semelle de plomb ou une plaque métallique entre les semelles sont employées à cet effet. Il s'agit de proportionner leur poids au degré d'ataxie qui est ainsi très utilement corrigée. (*Boston med. and surg. journal,* 21 janvier.)

Ataxie paralytique du cœur. Voy. Cœur.

Pseudo-tabes. Un ensemble symptomatique offrant une grande ressemblance avec celui du *tabes dorsalis* se présente sous l'influence de causes générales : les intoxications, le diabète et certains états névropathiques. De même que l'alcoolisme le produit, l'arsenic y donne également lieu, comme le docteur Dana en relate des exemples. Il fait ainsi deux types de la paralysie arsenicale, l'une ordinaire, l'autre ataxique, montrant par là que cette paralysie n'est pas due à une myélite diffuse, mais le résultat d'une névrite multiple. (*Amer. neurol. association*, 22 juillet.) Voy. Alcoolisme.

Tabes viscéral. Ainsi appelé par M. Séglas, en raison des crises viscérales qui en constituaient le principal tableau chez une femme de cinquante ans dont le père était mort

d'une affection de la moelle, deux sœurs et un frère ayant succombé à la paralysie. Le réflexe rotulien était perdu seulement à droite, et l'ataxie de la marche consistait simplement dans l'impossibilité de marcher dans l'obscurité. Autrement, une bronchorrhée abondante, une gastrorrhée et une entérorrhée considérables formaient toute la maladie, excluant le terme d'ataxie locomotrice. Cependant il s'agit bien de cette affection portant spécialement sur les bronches, l'estomac et l'intestin, la malade étant aussi en proie à des sueurs profuses et à une diurèse abondante. (*France méd.*, n° 117.)

ATROPHIES. Grâce aux progrès de leur étude, les atrophies musculaires progressives sont devenues si nombreuses et diverses, dans leurs formes et dans leurs variétés, que la classification en devient impossible. De nouveaux faits font découvrir des caractères particuliers, et en voulant faire cadrer les signes cliniques, si variables et multiples, avec des lésions identiques, anatomiques ou histologiques, on trouve plusieurs formes de transition dont l'origine est inconnue. Dans une revue critique, M. Florand, outre les deux grandes classes d'amyotrophies neuropathiques et primitives, contenant chacune huit variétés distinctes, est obligé d'ajouter une troisième classe de ces formes de transition pour y placer les nouvelles espèces introduites cette année.

Dans la première classe, il signale l'atrophie musculaire progressive myélopathique et la sclérose latérale amyotrophique avec les amyotrophies myélopathiques secondaires. Pour mieux les fixer, il en rappelle les principaux caractères cliniques et anatomiques avec les noms des auteurs des principales observations afférentes.

Les amyotrophies névritiques s'en distinguent par leur origine inconnue. Les causes en sont si générales : intoxications ou maladies infectieuses, que la vérification anatomique en est plutôt supposée que démontrée.

Les amyotrophies primitives, comprenant la paralysie pseudo-hypertrophique et la myopathie atrophique progressive, sont également distinguées dans leur histoire et leurs caractères particuliers. Les formes juvénile de Erb et héréditaire de Leyden s'y trouvent ainsi placées provisoirement. (*Archiv. de méd.*, octobre et novembre.)

Restent les deux formes de transition qui se sont produites cette année et dont voici les principaux caractères.

Atrophie musculaire progressive. Une variété différente en est distinguée par le professeur Charcot et son élève M. Marie, d'après l'observation qu'ils en ont faite à la Salpêtrière sur 5 malades en 1885. Il s'agit de 3 garçons de sept à onze ans dont deux frères, et de 2 filles adultes de vingt-quatre à vingt-cinq ans. Ce n'est donc pas une affection exclusive de l'enfance; mais sans pouvoir dire qu'elle est héréditaire — les ascendants n'offrant rien de semblable — on peut avancer au moins qu'elle est familiale. Cette caractéristique est positive dans les cas analogues de deux frères observés par Eulenburg, des dix frères et sœurs et petits-enfants observés par Eichhorst, dans ceux de la famille Wetherbee, décrits par Hammond, et le frère et la sœur traités par le professeur Schultze. On peut aussi dire qu'elle est particulière à l'enfance, d'après les 8 exemples qui en sont signalés. Ces faits et d'autres montrent que cette affection spéciale a depuis de longues années déjà frappé l'attention des neurologistes étrangers qui, en l'attribuant à des causes passagères, n'ont pas réussi à fixer l'observation à ce sujet. En en saisissant les caractères définis et stables et en les décrivant, l'école de la Salpêtrière aura donc l'honneur d'introduire la première cette affection dans les cadres nosographiques.

Cette atrophie musculaire progressive débute souvent dans l'enfance et envahit d'abord les pieds et les jambes, ne se montre que lentement, souvent plusieurs années après, aux parties correspondantes des membres supérieurs, mains et avant-bras. L'intégrité des muscles de la racine des membres est ordinairement relative et leur conservation est toujours beaucoup plus longue que celle des extrémités. Ceux du tronc, des épaules et de la face restent indemnes.

Elle se distingue ainsi de la myopathie progressive primitive et l'existence de contractions fibrillaires des muscles malades, les troubles vaso-moteurs dans les segments atteints en sont d'autres différences. L'absence de rétractions tendineuses des articulations dont les muscles sont atro-

phiés, une sensibilité souvent intacte, la fréquence des crampes, la réaction de dégénérescence dans les muscles atrophiés sont les autres caractères de cette distinction. (*Revue de méd.*, février.)

Une autre variété est aussi distinguée par MM. Landouzy et Dejerine à l'extrémité opposée du corps : c'est l'*amyotrophie progressive de la face* chez les enfants, s'étendant progressivement à l'épaule et au bras. Aux trois cas rapportés par M. Landouzy distinguant spécialement cette forme par l'impossibilité du malade de sourire, de s'épanouir, d'éteindre une chandelle, de faire des grimaces ou d'embrasser, par suite de l'atrophie de l'orbiculaire buccal, M. Dejerine en ajoute un quatrième. C'est un homme de soixante-six ans, suivi pendant trois ans à l'hôpital Tenon, dont l'atrophie musculaire avait débuté à vingt ans. En 1883 seulement, le type scapulo-huméral était dessiné. Non seulement les deltoïdes, pectoraux, biceps et triceps, long supinateur et premier radial de chaque côté étaient entièrement atrophiés, comme le trapèze et le grand dentelé, mais ceux de l'omoplate, sus et sous-épineux, sous-scapulaire étaient conservés, de même que les muscles de l'avant-bras. Aux membres inférieurs, alors que l'atrophie frappait les fessiers, les triceps et les muscles antérieurs des deux jambes, ceux de la région postérieure des cuisses et des jambes étaient indemnes.

Le diagnostic de myopathie atrophique progressive fut posé, en se basant sur la conservation des réflexes tendineux, l'absence de contractions fibrillaires, celle de réaction de dégénérescence, et la lenteur de l'évolution, l'affection durant depuis plus de quarante ans. Le malade ayant succombé à la tuberculose pulmonaire, l'autopsie montra l'atrophie musculaire, sans que les nerfs intra-musculaires, examinés histologiquement, aient offert aucune espèce d'altération, non plus que les racines antérieures ni la moelle. C'était une myosite simple, sans modification quelconque. Le processus est simplement irritatif, annihilant l'élément contractile. (*Soc. de biol.*)

Forme héréditaire. En se rapprochant de la précédente par l'hérédité, le mode de début, l'âge des sujets, l'amyotrophie progressive de M. Brossard commence toujours par

les membres inférieurs en envahissant les interosseux et les muscles cruraux. D'où les troubles dans l'extension de la jambe sur la cuisse et la griffe des orteils. L'atrophie se diffuse dans les jambes sans déformation et se généralise aux membres supérieurs, comme aux muscles de la partie inférieure du tronc. L'ensellure lombaire en est le caractère spécial; tous les autres muscles sont indemnes. Elle se rapproche ainsi, pour l'auteur, des amyotrophies primitives, le défaut d'hypertrophie en est la seule différence. Le classement en est ainsi impossible par l'absence d'autopsie pour en fixer le siège. (*Étude clinique sur une forme héréditaire d'atrophie musculaire progressive*, thèse inaugurale, Paris.)

Pathogénie des atrophies musculaires, thèse de concours d'agrégation à la Faculté de médecine de Nancy, par le docteur P. Parizot, brochure in-8° de 128 pages. Paris, *librairie F. Alcan.*

Distinguant les amyotrophies d'origine nerveuse centrale, comme la paralysie infantile, l'atrophie musculaire progressive, la paralysie labio-glosso-pharyngée d'origine bulbaire, et indiquant seulement les amyotrophies centrales, l'auteur passe ensuite aux atrophies d'origine périphérique à l'ordre du jour dont l'amyotrophie myopathique est le type. Aussi forme-t-elle un chapitre séparé. Viennent l'amyotrophie dans les lésions des os et des articulations, puis celles des maladies infectieuses, les intoxications, les dyscrasies et cachexies avec de nombreux faits à l'appui. Cette monographie est donc un véritable traité des atrophies musculaires.

Atrophie jaune aiguë du foie. 17 cas en ont été recueillis par Graves sur les enfants. Elle se présente comme chez l'adulte. La mort eut lieu ainsi le 14e jour chez un enfant de vingt mois. L'ictère en marquant le premier stade ne permet aucun diagnostic; il n'est possible que dans le second. Le foie est gros, résistant, dur et douloureux à la pression. Parmi les symptômes nerveux, on distingue une mydriase extrême, des frissons, le délire, le coma, l'aphasie, la cécité, l'hyperesthésie, le relâchement des sphincters. Des hémorrhagies ont lieu dans le tube digestif, le pouls s'élève à 140, la température à 42°,3, vomissements fréquents

et bilieux d'abord, puis marc de café. De pâles, les selles deviennent mélaniques, la langue est sèche et brune, respiration stertoreuse. Malgré cette marche pernicieuse, quelques malades ont guéri avec l'emploi des purgatifs légers, calomel en particulier, les acides minéraux et la quinine à haute dose. (*Paris méd.*)

Atrophie expérimentale de la colonne de Clarke. Ayant divisé le segment dorso-latéral de la partie inférieure du bulbe rachidien du côté droit, sur un chat de 12 à 14 jours — cet animal étant sacrifié ensuite par la chloroformisation le 7 août — le docteur Lœwenthal a constaté la disparition plus ou moins complète des grandes cellules de la colonne de Clarke. Elle était surtout accusée depuis le milieu de la région dorsale jusqu'au niveau de la 3e paire lombaire, du côté correspondant à la lésion bulbaire. Cette expérience étant répétée, malgré l'hémorrhagie qui peut s'ensuivre, montrera si cette atrophie est accidentelle ou le fait même de l'expérience. (*Revue méd. de la Suisse romande*, n° 1.)

AVORTEMENT. *Rétention du placenta.* Tant d'accoucheurs et surtout d'accoucheuses se préoccupent avec excès de cet accident, en se livrant à toutes sortes de pratiques dangereuses : digitales, instrumentales et médicinales, qu'il n'est pas sans intérêt de montrer comment un jeune maître, le docteur Budin, envisage et traite cette question avec les résultats obtenus par l'expectation et l'antisepsie.

Sur un total de 210 avortements survenus dans son service de la Charité et de la Maternité de Paris, il y a eu 46 fois rétention du placenta, soit 22 p. 100. A la Charité, où 57 cas se sont produits, il n'y a pas eu d'hémorrhagies, et sur les 153 de la Maternité il y a eu seulement 2 hémorrhagies légères lors de la délivrance tardive. Les accidents septiques ont été presque nuls avec un seul décès chez une femme entrée avec bronchite et fièvre, dont le placenta a été expulsé 60 heures après, emportée par une pneumonie quinze jours après l'avortement. C'est le seul cas fatal de ces 46 cas de rétention du placenta sur 210 avortements.

Le traitement employé est donc à suivre. Il se résume, dans les cas simples, à la toilette et à des injections vagi-

nales antiseptiques. Le placenta s'élimine ainsi spontanément. En cas d'hémorrhagie grave, le tamponnement antiseptique suffit. Contre la septicémie, des injections vaginales toutes les deux heures et même toutes les heures sont pratiquées avec une solution de sublimé au 2 ou 3 millièmes ou à 3 p. 100 d'acide phénique. Les lavages intra-utérins sont faits avec une sonde à double courant, en forme de fer à cheval, permettant le retour du liquide sans stagnation. Au besoin, le sulfate de quinine doit être administré.

Aucun autre moyen n'est à entreprendre, car toutes les manœuvres digitales, instrumentales ou autres sont inefficaces ou dangereuses, en provoquant des hémorrhagies graves, de l'endométrite, des phlegmons pelviens et même la mort, résultat que l'on attribue à tort à la rétention du placenta. (*Acad. de méd.*, 23 novembre.)

B

BACTÉRIES. *Les bactéries et leur rôle dans l'anatomie et l'histologie pathologiques des maladies infectieuses*, par A.-V. Cornil, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris, et V. Babès, professeur d'histologie pathologique à l'Université de Buda-Pesth, 2e édition, revue et augmentée des méthodes spéciales de la bactériologie. Un volume grand in-8° de 839 pages avec 350 figures en noir et en couleur dans le texte et 4 planches hors texte. Paris, *librairie F. Alcan.*

Le succès de la première édition est la garantie de la valeur de cet ouvrage. Il ne s'agit pas seulement ici de l'histoire naturelle de ces infiniment petits, ni de la technique spéciale pour les mettre en évidence, les cultiver et les reproduire. C'est surtout à l'étude des maladies spéciales et épidémiques qu'ils semblent produire que les auteurs se sont appliqués. Toutes les maladies infectieuses rapportées aujourd'hui à ces micro-organismes sont étudiées séparément, par chapitres distincts, avec tous les faits, les démonstrations histologiques et cliniques à l'appui. Ce livre devient ainsi indispensable à tous ceux qui veulent s'initier à la

nouvelle doctrine. L'attention est tellement attirée sur ce sujet, que chaque jour de nouveaux travaux paraissent, et, après un an seulement, ce volume a dû s'augmenter des récentes recherches relatives à la rage, aussi bien que pour les ptomaïnes et diverses maladies des animaux. Tous les jours, des maladies considérées jusqu'alors comme locales sont reconnues infectieuses et traitées comme telles; c'est donc un devoir pour les praticiens de s'en rendre compte. Les antiseptiques ont remplacé les antiphlogistiques, comme les toniques sont substitués aux émissions sanguines. Il ne s'agit pas de conserver opiniâtrément ses croyances, il faut suivre le progrès et s'en inspirer par l'étude de cette œuvre considérable, véritable monument élevé à la science actuelle, et synthétisant, sous une forme claire et précise, les travaux les plus positifs publiés sur ce sujet.

BEC-DE-LIÈVRE. Cette difformité, comme celle du pied bot, est toujours un sujet de grande inquiétude pour les parents, tant que l'enfant n'est pas opéré. La difficulté de téter peut même en être une indication pressante. De là la responsabilité du médecin de la famille qui ne manque guère d'être consulté à cet égard. Les avis variant sur l'époque convenable à cette opération, celui de M. de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants, mérite d'être pris en considération pour fixer le terme de son exécution.

Dans le bec-de-lièvre congénital, on peut opérer de suite dès les premiers jours de la naissance, lorsqu'il est simple et n'intéresse que les parties molles. S'il est compliqué, au contraire, et exige une lésion osseuse, réclinaison ou résection, il faut attendre l'âge d'un an. Telle est la distinction fondamentale, basée sur ce que les nouveau-nés supportent très bien une opération simple, pourvu qu'il n'en résulte pas une grande perte de sang. Elle n'est pas à craindre dans la forme simple et les petits opérés peuvent être nourris facilement. La cicatrisation est rapide, et, avec la propreté et l'antisepsie des sutures, elle se fait aisément. De là l'indication d'une intervention hâtive, quand l'enfant n'est pas atteint d'autres difformités ou maladies incompatibles avec la vie. (*Revue de chir.*, décembre 1885.)

Procédé en deux temps. Un bourgeon médian extrêmement

petit, rudimentaire, ne pouvant combler la brèche existant entre les deux portions latérales de la lèvre, chez une petite fille, le docteur de Valcourt, dans un premier temps, réunit les deux bords de ce bourgeon à chacune des parties voisines de la lèvre, à un mois d'intervalle. Mieux nourri et tiraillé des deux côtés, ce bourgeon se développa assez pour que, deux ans après, le médecin pût compléter son opération sans difficulté en réparant la lèvre. Il obtint ainsi un très beau résultat qui, présenté à la *Société de chirurgie*, a reçu toute son approbation. (*Séances* des 6 juin et 21 juillet.)

Gavage. Ayant opéré deux nouveau-nés atteints de bec-de-lièvre unilatéral, M. Bar, accoucheur des hôpitaux, a eu recours à ce moyen après l'opération, afin d'éviter les mouvements inévitables des lèvres, même avec la cuiller, pour faire disparaître l'une des causes qui empêchent souvent une coaptation parfaite des surfaces avivées. 20 grammes de lait d'ânesse ont été donnés toutes les heures. A la fin du quatrième jour, les fils des sutures ayant été enlevés, les enfants ont repris le sein. D'ailleurs, ils n'avaient pas cessé d'augmenter de poids pendant le gavage. (*Revue mens. des malad. de l'enfance*, septembre 1885.)

Une sonde uréthrale en caoutchouc, munie à son extrémité d'une petite cupule en verre, sert à ce mode d'alimentation. L'enfant étant placé sur les genoux, la tête un peu soulevée, la sonde mouillée est introduite à la base de la langue et les mouvements de déglutition la font pénétrer jusqu'à l'œsophage. On la pousse alors doucement, jusqu'à 15 centimètres environ, et lorsqu'elle est arrivée ainsi à l'estomac, on verse le lait dans la cupule. Dès qu'il est écoulé, on retire la sonde par un mouvement rapide. On peut également faire parvenir la sonde par les narines et éviter plus sûrement le vomissement. (*Paris médical.*)

BLENNORRHAGIE. Il est assez difficile d'en préciser et de limiter l'inflammation, et, comme les injections pratiquées par le malade ne peuvent être utiles que lorsqu'elles atteignent seulement les couches superficielles de l'urèthre antérieur, le docteur Aubert conseille de le vérifier en faisant uriner le malade dans plusieurs verres successivement. Si les

urines du début sont seules troubles, c'est la preuve clinique que l'inflammation est limitée à l'urèthre antérieur. Un écoulement plutôt blanc que jaune et un peu filant, après la disparition de l'inflammation aiguë, montre qu'elle est limitée à la superficie de la muqueuse. D'où l'indication d'injections locales, sans dépasser l'urèthre antérieur, avec 5 grammes d'eau toujours bouillie d'avance pour ne pas ajouter au danger du microbe pathogène celui d'en ajouter un autre avec les injections. (*Lyon méd.*, nos 1 et 2.)

Kava. Introduit par le docteur Dupouy, médecin de marine, en 1876, ce médicament, administré à trois malades atteints de blennorrhagie aiguë, les a guéris en douze à vingt jours, sans aucune récidive. On commence par 6 pilules de 10 centigrammes d'extrait hydro-alcoolique augmentées successivement jusqu'à 12. Malgré les phénomènes aigus, la douleur était supportable, mais la diurèse, en s'établissant dès le cinquième jour, amena une amélioration notable. Ce traitement est donc bien simple et facile à suivre.

Dans un quatrième cas de blennorrhagie chronique avec orchite suppurée, le copahu et des injections de tannin en solution dans du vin n'ayant pu tarir l'écoulement, 8 pilules de kava sont prescrites, puis 10, et à l'amélioration dès le troisième jour succède la guérison le huitième.

L'effet particulier de ce remède est d'amener rapidement la diurèse et l'amélioration des accidents aigus. Son avantage est de pouvoir être employé au début, sans autre traitement. Parfaitement toléré par l'estomac, il ne produit ni anorexie, ni éructations, ni diarrhée et excite plutôt l'appétit, sans communiquer aucune odeur indiscrète à l'haleine. Celle qu'il donne à l'urine est légère relativement à celle que produisent le copahu et le cubèbe. (*Bull. de thérap.*, mars.) Voy. Kava.

Injections antiseptiques. Entre la liqueur de Van Swieten et le sulfate de quinine, le docteur Bourgeois préfère le permanganate de potassium, 5 centigrammes dans 100 grammes d'eau. Quatre injections par jour, le matin au réveil, à midi, à 7 heures du soir et dans la nuit. Il suffit que le liquide soit dégourdi en portant le flacon dans sa poche ou dans son lit.

La moitié de la seringue injectée, on laisse le liquide

s'écouler immédiatement ; au contraire, la deuxième portion doit rester quelques minutes dans le canal en pinçant celui-ci. De l'eau de savon ou du jus de citron suffisent pour enlever les taches produites par le liquide sur les doigts ou le linge.

42 blennorrhagies traitées ainsi dès le début ont guéri du sixième au trentième jour, soit dix-neuf en moyenne, sans complication ni récidive. Quinze jours suffisent à tarir l'écoulement, mais il faut continuer quelques jours après. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, février.)

Bougies médicamenteuses. La durée de l'action des injections étant insuffisante, M. Bedoin emploie les bougies solubles de gélatine et glycérine, imaginées par Mallez, en y incorporant 10 à 25 centigrammes de cocaïne par bougie, comme sédatif des douleurs et des érections de la période aiguë. Huit à dix minutes après l'introduction, les malades accusent une légère ardeur dans le canal, se dissipant peu à peu et suivie d'une sédation très marquée. Dès la première miction, elle est à peine douloureuse et même indolore ainsi que les érections. Deux bougies par jour à 25 centigrammes de cocaïne ont eu les meilleurs résultats, sans aucun accident.

L'acide borique, à la même dose, est employé à la période de déclin. Une légère cuisson en résulte par l'introduction, comme avec les autres bougies. Elles ont mis environ une heure à une heure et demie à fondre. Dans 9 cas, une seule bougie par jour a amené une diminution rapide de l'écoulement qui a cessé en neuf à vingt-trois jours ; tandis que les injections froides de sublimé au vingt-millième n'avaient que des résultats douteux.

L'introduction de ces bougies peut être faite par les malades ou par les infirmiers, plus facilement que les injections. (*Soc. de thérap.*, 26 avril.)

BLENNORRHÉE. *Pulsatille.* Certains hommes libidineux, ayant abusé des plaisirs vénériens sous toutes les formes, normales et anormales, sont atteints d'écoulements blennorrhéiques difficiles à caractériser. Deux exemples s'en sont offerts à mon observation. Chez un Américain de soixante-quatre ans, grand et vigoureux, cet écoulement muco-purulent durait

depuis vingt et un ans et constituait une véritable infirmité. Abondant au début, il avait diminué graduellement au point de n'être plus qu'une goutte militaire ou *gleet*. Il avait vainement parcouru l'Europe et consulté les plus célèbres praticiens pour en connaître le siège et la nature. La douleur produite par le cathétérisme et le toucher rectal firent soupçonner seulement une exulcération suppurante limitée de la muqueuse prostatique, dans une étendue de quatre à cinq pouces. La prostate était hypertrophiée comme un effet de l'âge. Des calculs rénaux et de la dysurie l'obligèrent à cesser tout traitement spécial.

Une station à Carlsbad en 1884, avec l'usage de la source Felsen, amena en huit jours un effet surprenant. Les érections auparavant tombaient par l'essai du coït et l'éjaculation consécutive avait lieu en bavant. Elles devinrent bientôt vigoureuses et permanentes durant une demi-heure, suivies d'éjaculation spontanée. Néanmoins, la blennorrhée n'en fut pas modifiée. Une nouvelle saison a eu lieu, sans que le résultat m'en soit connu encore.

Plus singulier est le fait d'un célibataire de cinquante-six ans, grand et fort, atteint de l'un de ces écoulements mal caractérisés. Resté jeune avec sa mère, il ne put la quitter et ne se trouvait nullement attiré par les filles. Il se livra à l'onanisme seul et à deux et eut ensuite des pollutions spontanées, des pertes séminales dont il souffrait avant et après. Les femmes n'ont jamais exercé aucune attraction sur lui, quoiqu'il en ait essayé à l'occasion, tandis que les hommes lui font la plus grande impression. Tout en avouant son désir de se livrer à la sodomie active, au coït anal, il dit ne s'y être jamais laissé aller à cause de sa situation particulière; mais il lui a fallu vaincre ses plus violents penchants.

Il en est résulté chez cet homme, depuis longtemps, un écoulement intermittent, irrégulier, s'annonçant par une plénitude douloureuse des parties génitales se propageant aux cuisses, aux mollets et lui *coupant les jambes*. Il est dès lors obligé de se coucher et de garder le lit durant plusieurs jours. Des érections très fortes et prolongées ont lieu, un écoulement verdâtre apparaît, comme le linge en témoigne amplement : on dirait celui d'une blennorrhagie aiguë. Tout se calme en quatre à cinq jours et l'écoulement cesse

absolument, comme je m'en suis assuré. Ces crises, d'après le malade, reviennent tous les mois environ, plus ou moins irrégulièrement.

Ne pouvant accorder toute créance à des déclarations si ambiguës, quel diagnostic porter? Est-ce là une affection des vésicules séminales ou un catarrhe périodique de l'urèthre et des glandes de Cowper en particulier? Je n'ai pu m'en assurer, tout en prescrivant un traitement résineux dans cette prévision. A l'avenir, j'aurai recours à la pulsatille, d'après le succès qu'elle a donné dans le cas suivant :

Un garçon de vingt-sept ans environ accuse de fréquentes émissions nocturnes contre lesquelles un médecin lui prescrit le coït. Un mois après, il avait une gonorrhée dont il guérit en six semaines. Un écoulement prostatique suit bientôt, en compagnie des femmes. Il se marie un an après le premier écoulement et, dès le second coït, un écoulement jaunâtre et douloureux se manifeste avec tous les symptômes d'une blennorrhagie aiguë. Douleur surtout après la marche, en urinant, et mictions toutes les quatre heures. Une douleur locale au périnée fait découvrir au toucher deux corps durs, comme une petite noisette, en arrière du corps spongieux, situés de chaque côté de la ligne médiane. C'était évidemment les glandes de Cowper, dit le docteur Bowie, dont la pression provoquait le besoin d'uriner. Il y avait fièvre avec constipation et langue chargée. Le repos au lit et des fomentations chaudes locales, avec l'extrait de pulsatille à l'intérieur, mirent fin à tous les accidents en quatre jours et cet homme reprenait ses occupations le surlendemain. L'écoulement seul persista pendant trois semaines. D'où la conclusion que l'extrait de pulsatille a une action directe sur l'inflammation des glandes de Cowper, comme sur celle des testicules et de la prostate. Deux gouttes de l'extrait toutes les quatre heures diminuent immédiatement la douleur et la font disparaître en quelques jours. N'est-ce pas le cas de l'essayer dans ces écoulements dont la source est douteuse? (*Lancet*, 21 novembre 1885.)

Ce n'est pas à croire toutefois que le principe actif de cette plante réputée toxique soit sans nocuité. L'*anémonine*, retirée de l'anémone pulsatille et celle des prés, expérimentée par M. Bronowski sur les chiens et les grenouilles, à la dose de 3 grammes d'extrait en injections sous-cuta-

nées, stimule d'abord le centre respiratoire et le paralyse ensuite. L'activité cardiaque en est diminuée, ainsi que la motilité volontaire, par la modification des centres nerveux spinaux. La mort de ces animaux en résulte par arrêt du cœur.

1 décigramme d'anémonine tue une grenouille en une heure ; 6 centigrammes en trois heures; 4 centigrammes en quatre heures et demie ; 1 centigramme en vingt-quatre heures. Les chiens succombent vingt-quatre ou trente-six heures après l'injection hypodermique de 2 grammes de cette substance, qui est plus toxique pour les animaux à sang chaud. Elle produit une dyspnée croissante, le retard du cœur, de la torpeur, de la paralysie des membres, et, à très hautes doses, de la diarrhée. L'autopsie montre tous les organes parenchymateux hyperémiés.

Elle leur est également toxique en infusion et en décoction à la dose de 10 p. 100 et sous forme de 1 à 2 grammes de teinture.

L'anémonine a été essayée avec succès contre le catarrhe bronchique, la coqueluche et l'asthme bronchique. Les doses quotidiennes variaient entre 5 à 10 centigrammes de poudre administrée en deux prises. A la dose de 20 centigrammes, elle détermine de la céphalalgie et de la pesanteur des membres. (*The London med. record.*)

BRONCHITE CHRONIQUE INFANTILE. Revenant sur ce sujet traité déjà par divers auteurs spéciaux depuis un demi-siècle, le docteur Comby, médecin d'un dispensaire pour enfants, y insiste d'une manière particulière. 16 observations sont relatées en détail, dont 6 d'enfants nés de parents tuberculeux, et plusieurs autres scrofuleux et rachitiques. Il en est de même de 12 observations antérieures; ce qui montre d'après ces 28 cas l'origine la plus ordinaire de cette maladie. La description didactique est faite à la suite et résumée dans les conclusions suivantes :

Une bronchite chronique simple existe chez les enfants, absolument différente de celle avec emphysème observée chez l'adulte et le vieillard. Insuffisamment décrite par les auteurs classiques, elle est fréquente et frappe les enfants dès l'âge le plus tendre. Elle succède à un rhume ou à la

rougeole et la coqueluche. Elle s'établit sourdement d'emblée, en évoluant sur des enfants scrofuleux, lymphatiques ou nés de parents scrofuleux, tuberculeux. Le rachitisme et la dilatation de l'estomac y prédisposent.

Symptômes généraux peu marqués; réaction insensible; pas de fièvre; peu ou pas d'oppression; toux opiniâtre la nuit et surtout le matin, coqueluchoïde parfois. Expectoration rare, muco-purulente chez les plus âgés. Sonorité et vibrations thoraciques normales, pas d'indices de foyers; dissémination irrégulière de râles ronflants, sibilants et sous-crépitants, existant ensemble ou séparément.

Durée longue, répétitions et récidives fréquentes, surtout de la forme scrofuleuse, sous l'influence des variations atmosphériques. Amendée par la chaleur, elle s'aggrave par le froid et l'humidité. La tuberculose pulmonaire est toujours à craindre, sinon une coqueluche, une adénopathie trachéo-bronchique.

Pronostic léger pour les enfants qui vivent dans un milieu sain, à l'abri de la contagion, de la rougeole, de la coqueluche, de la tuberculose et de la diphtérie en particulier. Leur séjour dans les hôpitaux est presque un arrêt de mort. Les vomitifs et les révulsifs sont les meilleurs moyens de traitement, mais en modifiant l'état général par une bonne hygiène, un régime tonique et reconstituant, et surtout l'huile de foie de morue à doses massives. (*Archiv. de méd.*, novembre et décembre.)

C

CADAVRES. *Conservation et pétrification.* Voici les procédés communiqués par le professeur Comi (de Rome), le 18 septembre 1885, au 11e congrès de l'Association médicale italienne. L'huile de graine de lin cuite et le sublimé sont brassés dans un mortier jusqu'à réduction d'une bouillie ou pâte tendre. Les parties organiques immergées pendant plusieurs mois, suivant le volume du corps qui doit subir l'imbibition de ces substances, sont rendues inaltérables avec consistance de pierre. Dès que l'induration est suffisante, on les lave avec soin et on les expose à l'air jusqu'à dessèche-

ment complet. On les frotte ensuite et on les astique avec une pierre d'agate, comme dans l'argenture ou la dorure des bois et des métaux.

S'il y a des cavités dans les corps à conserver, elles doivent être préalablement remplies avec un mélange à parties égales de ciment en poudre et de sublimé. Pour conserver les yeux ouverts, des yeux en émail doivent être placés préalablement sous les paupières.

La mollesse et la flexibilité des corps organiques sont conservées plusieurs mois en les plaçant dans un récipient quelconque et les recouvrant d'une couche de miel dense et pur. Les grandes cavités d'un cadavre étant préalablement remplies avec une quantité suffisante de tannin, ce procédé simple et économique peut conserver un cadavre entier, sans danger pour le préparateur et l'anatomiste. Le corps paraît ainsi sommeiller pendant plusieurs mois. La fermentation alcoolique qui se produit semble servir d'aliment au cadavre; celle-ci terminée, l'induration commence et accentue davantage les formes artistiques du corps. Les oiseaux, les petits mammifères sont conservés de cette manière, en respectant le plumage, les poils ou la fourrure. (*Revue méd. française*, 12 décembre 1885.)

L'*odeur cadavérique* est empêchée ou prévenue par le docteur Schœnfeld en appliquant dans les narines et les autres orifices les mélanges suivants :

1° Acide salicylique, éther, glycérine et esprit de lavande, de chacun 30 grammes; esprit-de-vin, 200 grammes.

2° Acides borique et salicylique, 20 grammes, ou poudres de cannelle, de charbon de bois, de quinquina 10 grammes.

3° Pour nettoyer le lit de la chambre du malade, acide salicylique, 40 grammes; borax, 10 grammes; alcool et glycérine, 75 grammes; eau distillée, 500 grammes. (*Revue d'hygiène* et *Lyon médical*.)

Momification. Une jeune femme assassinée dans la maison du docteur V. (Loire-Inférieure) resta cachée pendant une année entière dans un caveau ouvert à l'extérieur et dissimulée sous une épaisse couche de paille. Le corps était dans un état de conservation si remarquable qu'on chercha

tout d'abord s'il n'avait pas été soumis à des précautions antiseptiques, recherche qui fut négative. La peau était très bien conservée, ayant la sonorité des tissus desséchés et non altérés par la fermentation putride : elle présentait seulement quelques solutions de continuité; les organes internes, au contraire, avaient été presque entièrement détruits par la fermentation ou dévorés par les larves des mouches carnassières. Le docteur Andouard, qui a constaté cet état dans un rapport, attribue cette transformation spéciale du cadavre principalement à ce fait : que le local était particulièrement sec et que le corps se trouvait, par suite de diverses conditions, tout à fait à l'abri de l'humidité. C'est en effet dans ces circonstances que la momification s'est produite, comme dans les terres sèches et poreuses à l'abri de l'air. Jamais elle n'avait été constatée à son contact et à la température ordinaire.

Le professeur Brouardel pense qu'indépendamment de ces conditions spéciales, les acariens, dont on retrouve les restes en quantité innombrable, sont les agents principaux de cette momification. Il relate en outre divers faits qui montrent l'utilité que la médecine légale peut tirer des recherches entomologiques en pareil cas, tant pour éclairer le mode de destruction des cadavres que pour indiquer le temps qui s'est écoulé depuis la mort. (*Acad. de méd.*, juin.) Voy. Médecine légale, 1883.

CALCULS. *Pichi.* Nom vulgaire d'une plante originaire du Brésil, croissant dans les terrains sablonneux du bord des fleuves. Introduite en France l'année dernière par M. Boyer, M. Mussat l'a reconnue comme étant la *Fabiana imbricata*, nicotianée de la famille des Solanées. La décoction à la dose de 30 grammes de ce bois broyé pour un litre d'eau, prise en quatre fois dans la journée, est un calmant des inflammations vésicales. Sous son influence, les calculs vésicaux se désagrègent et sont expulsés au dehors, d'après les résultats obtenus par le docteur Fort à Buenos-Ayres. (*Soc. de méd. pratique.*)

Un extrait liquide, préparé par M. Limousin, est d'une odeur aromatique et renferme une résine très amère, insoluble dans l'eau, avec une certaine quantité de tannin. Un alcaloïde sous forme de glucoside s'y trouve également et

donne à la solution une fluorescence bleuâtre très marquée et caractéristique. Quatre cuillerées de l'extrait correspondent à 30 grammes de la plante. La décoction de pichi comme diurétique a donné d'assez bons résultats à M. Dujardin-Beaumetz dans le catarrhe vésical.

Quant à son action sur les calculs, elle est inconnue, car si elle agit sur le mucus seulement, elle ne peut qu'en dissocier les petits graviers sans les dissoudre et favoriser ensuite leur entraînement par l'urine, comme les eaux de Contrexéville le font. Elle serait dangereuse, au contraire, d'après M. C. Paul, sur les calculs volumineux que la disparition du mucus rendrait plus offensants pour la muqueuse vésicale par leurs saillies anguleuses. La cure de Contrexéville décèle ainsi l'existence d'un cancer vésical. D'où le danger d'envoyer les graveleux à cette station, sans s'être assuré qu'ils sont privés de pierre; autrement, des accidents inflammatoires peuvent en résulter. (*Soc. de thérap.*, 14 avril.)

Calculs rénaux. La suractivité fonctionnelle d'un rein, par le défaut de sécrétion de son congénère, semble être une des causes efficaces de la production de ces calculs. D'où leur danger spécial en n'ayant qu'une seule voie d'élimination.

Un homme dyspeptique, ayant une urine très colorée et graveleuse, avait rendu de petits calculs, dès l'âge de trente ans, et fut atteint ensuite de vives douleurs dans la région hypogastrique avec incontinence d'urine. Le cathétérisme n'en donnait pas et l'accès accompagné de nausées et de vomissements cessa tout à coup par l'issue d'un petit calcul de l'urèthre. Mais les douleurs recommencèrent deux jours après, en s'étendant de la vessie le long de l'uretère gauche et au testicule du même côté. Après quatre heures de violentes douleurs, il rendit seulement 5 onces d'urine en quarante-huit heures avec sueurs profuses. L'urine manquait dans la vessie. D'où le diagnostic, posé par M. Pick, de l'arrêt d'un calcul dans l'uretère avec absence, atrophie ou destruction du rein opposé. Un demi-gallon d'eau distillée fut prescrit journellement, afin de mieux laver les calculs. L'impossibilité d'uriner détermina une hyperesthésie alarmante, et au siège de la douleur à gauche,

un gonflement circonscrit, dur et résistant, mat à la percussion, fut constaté. Cet état s'aggrava durant six jours et le septième, après un vif besoin d'uriner, cet homme de quarante-cinq ans rendit 7 pintes et demie d'urine avec trois petits calculs. Les symptômes se calmèrent immédiatement et, quinze jours après, l'homme *se retrouvait lui-même.*

Ce n'était qu'un sursis. Sept mois après, un accès de colique rénale reparut avec urines sanguinolentes et arrêt d'un calcul dans le canal de l'urèthre. Il dut être repoussé dans la vessie, mais des vomissements, du hoquet avec suppression d'urine s'ensuivirent, déterminant la mort dans le coma six jours après. L'examen des organes urinaires montra l'atrophie du rein droit à surface granuleuse, sans trace de structure sécrétante; le gauche était triplé de volume, très rouge, congestionné, contenant six ou sept petits calculs et un plus volumineux dans le bassinet bouchant l'ouverture de l'uretère non dilaté. Une petite pierre était dans la vessie. (*Clin. soc.*, 14 mai.)

Danger du phosphate de chaux. Un enfant de quatorze ans, sans aucun antécédent, fut soumis pendant six mois, en raison d'une coxalgie, à l'usage de la solution Coirre à deux cuillerées par jour, contenant un gramme de chlorhydro-phosphate de chaux pour 20 grammes. Il éprouva alors, à peu de jours d'intervalle, trois coliques néphrétiques avec vomissements et douleurs rénales. Le diagnostic en fut facile par une miction précédente de trois petits calculs. Le plus volumineux de ces trois calculs examinés était gros comme un grain de chènevis, couleur gris blanchâtre, à surface un peu rugueuse et du poids de 25 milligrammes. Au moment du rejet, il était beaucoup plus volumineux. A part des traces de matière organique, il était uniquement composé de phosphate de chaux. Cette composition est un peu exceptionnelle. Sans doute, les phosphates ne sont pas rares dans les concrétions rénales; mais ils n'y sont pas seuls et se trouvent en général unis à l'acide urique ou aux sels uratiques. Dans le cas actuel, au contraire, le phosphate de chaux était le seul élément minéral du calcul.

La médication phosphatée fut immédiatement suspendue. Les coliques néphrétiques ne se sont plus reproduites

et il n'y a plus eu aucun signe de lithiase rénale, depuis environ trois mois. La coxalgie semble guérir et l'enfant, quoiqu'un peu maigre, ne présente aucune lésion des organes internes.

La composition du calcul et sa formation chez un enfant sans prédisposition héréditaire à la gravelle, la cessation des coliques néphrétiques dès la suspension du médicament semblent donc incriminer la médication, suivant le docteur Arnozan. Il n'y a guère de place au doute, d'autant plus que l'immobilisation du malade a dû favoriser l'apparition de la lithiase.

Cette observation porte à se demander si l'examen de l'urine des malades soumis à l'usage des phosphates ne pourrait donner des indications utiles pour le moment où il conviendrait de suspendre ou de cesser la médication, et si, spécialement chez les malades immobilisés, il ne vaudrait pas mieux substituer les phosphates de soude et de potasse aux phosphates calcaires. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

Calculs du bassinet. Deux spécimens en ont été présentés par M. Israël (de Berlin) et extraits par lui. Le premier, provenant d'une femme, est énorme et dépasse la plupart des calculs vésicaux. L'opérée va très bien.

Un homme se plaignait de douleurs du côté du rein droit avec anurie complète durant six jours et menace d'urémie. Croyant à des calculs rénaux, la laparotomie fut pratiquée. Le calcul se trouvait dans le bassinet, enclavé dans l'ouverture de l'uretère qu'il obturait complètement. Absence d'urine dans ce bassinet. Une sonde introduite dans l'uretère constata la présence d'un second calcul à son entrée dans le petit bassin. De douces pressions digitales de bas en haut le firent refluer dans le bassinet d'où il fut extrait. Deux heures après, l'opéré urinait sans difficulté 9 000 centimètres cubes et se rétablit. (*Soc. de méd. de Berlin*, 25 novembre.)

Calculs hépatiques. Ce sont évidemment les moins gênants, d'après les deux faits suivants : Une femme de soixante-dix-neuf ans succombant à une pneumonie a présenté à l'autopsie, faite par M. A. Robin, outre un ané-

vrisme fusiforme de l'aorte abdominale guéri spontanément, une dilatation énorme des voies biliaires remplies de calculs jusque dans l'épaisseur du foie même. Aucun trouble fonctionnel appréciable ne s'était révélé par ces diverses lésions.

Un autre calcul de 28 millimètres de long sur 23 de diamètre a été trouvé dans les selles d'une dame de soixante-treize ans, vingt-quatre heures après une attaque légère de coliques hépatiques. Le volume de ce cholélithe, recueilli par le docteur Legroux, montre à quel degré de dilatation les canaux biliaires sont susceptibles. (*Soc. méd. des hôp.*, 9 avril.)

Un calcul biliaire pesant 20 grammes, de forme cylindroïde, a été exhibé par le docteur Boulonmié. Composé presque entièrement de cholestérine avec des feuillets de matière biliaire colorée, il contenait une petite quantité de sels de chaux. Il provenait d'une femme de cinquante ans, ayant eu de fréquentes attaques de coliques hépatiques dont elle guérit parfaitement. (*Soc. de thérap.*, juillet.)

Calcul de cholestérine dans l'intestin. Malgré la réunion des docteurs Hassall, Newton et Martemucci (de San Remo), une obstruction intestinale résistait depuis plusieurs jours à tous les moyens employés. Une copieuse évacuation ayant eu lieu, un gros calcul fut rencontré dans son contenu. La surface en était polie, d'une couleur brune et de forme ovoïde, mesurant 44 millimètres de long et 23 de diamètre, du poids, deux jours après, de 16 grammes, malgré l'évaporation. Cassé, il était incolore, transparent, et d'une belle cristallisation concentriquement arrangée. A l'analyse, ce calcul était composé entièrement de cholestérine. Le malade n'avait jamais présenté d'ictère, quoique l'urine contînt des acides biliaires. Sa composition semble donc accuser son origine du canal cystique d'où il se serait échappé. (*Lancet*, 31 juillet.) Voy. Typhlite.

Calculs de l'amygdale. Voy. Amygdalite.

CANCER. *Infiltration lymphatique de la peau.* Un cas semblable à celui rapporté par le docteur Hoggan (*Arch. de physiol.*, 1880) a été observé par M. J. Poland, chez une

femme de quarante-neuf ans, admise à l'hôpital Guy pour un cancer du sein droit. La peau épaissie effaçait le mamelon dont l'aréole était parsemée de petits nodules. L'amputation fut suivie rapidement d'une récidive qui entraîna la mort.

L'examen histologique par le docteur Hoggan, exécuté comparativement avec un autre fait analogue en apparence, lui montra que la présence de cellules cancéreuses infiltrant les vaisseaux lymphatiques de la peau en était la différence fondamentale. Ce caractère anatomique aggraverait le pronostic et contre-indiquerait même l'amputation. (*Lancet*, 22 août.)

Cancer du corps thyroïde. Afin d'assurer le succès de son extirpation, comme dans l'exemple relaté l'année dernière, M. Peyrot n'a pas craint d'enlever avec le néoplasme une portion de la carotide, de la veine jugulaire et du nerf pneumo-gastrique qui s'y trouvaient intimement imbriqués. Malgré cette mutilation, l'opérée n'en survécut pas moins, sans aucun trouble encéphalique ni cardiaque, et la plaie se comporta normalement. La généralisation cancéreuse enleva seule l'opérée, à la fin de la troisième semaine. (*Soc. de chir.*, 23 décembre 1885.)

Cancer primitif du poumon. Sa rareté et la difficulté du diagnostic, dans un fait observé à la clinique de Nancy pendant deux mois et demi et relaté presque jour par jour, sont autant de conditions pour le rendre intéressant, surtout avec l'autopsie, l'examen histologique et les données bibliographiques qui l'accompagnent. C'était une femme de trente ans, ayant un enfant de quatre ans. Depuis un an, elle éprouvait une douleur vers le deuxième espace intercostal droit, s'irradiant dans le bras et en arrière vers la région interscapulaire. Depuis six mois, respiration courte avec accès nocturnes d'oppression. Dix mois après le début, un épanchement pleurétique droit fut constaté avec toux et hémoptysie légère. On crut à une pleurésie simple, et le professeur Bernheim pratiqua une thoracentèse donnant issue à deux litres et demi de liquide hémorrhagique. En se reproduisant immédiatement, le liquide en fit successivement pratiquer trois autres; la malade pâlit, s'anémia, sans

la teinte cachectique des cancéreux. Ces symptômes ne pouvaient faire songer à une tuberculose ni à un cancer; l'autopsie seule le démontra.

Tels sont les caractères saillants de ce cancer qui semble atteindre de préférence les individus de vingt à trente ans. Sur 16 cas dont l'âge est spécifié, il y en a 4 de vingt à vingt-cinq, 6 de trente-cinq à cinquante et 6 de cinquante-cinq à soixante-dix. Il est plus rare dans l'enfance et toujours secondaire. Sur 22 cas, Hasse trouva 17 hommes et 5 femmes, et, sur les 17 précédents, on comptait 12 hommes et 5 femmes, la moyenne de l'âge étant de vingt-neuf ans chez celles-ci et de quarante-six chez l'homme.

L'évolution en est généralement assez rapide. La mort est survenue 2 fois après quinze mois, 4 fois entre huit à douze, et autant entre cinq à six, 4 fois entre trois et quatre et n'a pas dépassé deux mois et demi dans le dernier, soit une moyenne ordinaire de huit à onze mois. (*Revue méd. de l'Est*, juillet.)

Cancer de l'estomac. *Ganglions sus-claviculaires gauches.* Ce serait là un nouveau signe du cancer gastrique, suivant le docteur Troisier qui en rapporte trois cas observés à l'hôpital Saint-Antoine. Ce sont trois hommes de quarante à soixante ans dont les symptômes n'étaient pas absolument probants. Ce signe est venu confirmer le diagnostic, et la mort avec autopsie dans un cas a été la démonstration de sa justesse.

Ces ganglions varient de volume et de nombre. Gros comme une noix le plus souvent au début, ils sont mobiles, durs au toucher, non douloureux et siègent immédiatement au-dessus de la clavicule, en dehors du faisceau claviculaire du sterno-cléido-mastoïdien, sans œdème ni changement de la peau. De deux ou trois à cinq ou six, ils sont ordinairement agglomérés. Quand donc ce signe coexiste avec des accidents gastriques : douleurs, tumeurs, vomissements, le diagnostic cancer peut être porté sûrement.

Hénocque paraît être le premier qui ait découvert ce signe et en ait fait mention en 1863. Dix ans après, Friedreich en observa un second exemple et la mention en fut ainsi faite dans les livres classiques. Dès 1876, M. Charcot promulgua cette découverte à la Société anatomique, sans

qu'aucune mention en ait été renouvelée depuis, sinon par M. Merklen qui, dans un cancer infiltré de l'estomac, signale des ganglions cervicaux comprimant les vaisseaux artériels et veineux. Une thèse a même été soutenue sur ce sujet à Paris en 1877 par M. Mazand, mais il n'en parle que comme s'appliquant au cancer viscéral. Or si l'on sait que celui du poumon et du pharynx provoque par sa contiguïté l'engorgement de ces ganglions, on voit qu'il en était peu question pour celui de l'estomac. C'est donc une véritable nouveauté sur laquelle il y a lieu de porter son attention par son importance diagnostique.

M. Millard a confirmé le fait chez une femme de cinquante-six ans, souffrant d'accidents gastriques depuis un an. Une tumeur pylorique, comme une châtaigne, et de nature carcinomateuse, existe dans l'estomac énormément dilaté. Aucun autre signe de cancer ailleurs ; un engorgement ganglionnaire sus-claviculaire du côté droit du cou, ainsi que dans les deux aisselles, s'est montré récemment. (*Soc. méd. des hôp.*, 8 et 22 octobre, et *Gaz. hebd.*, n° 42.)

Vomissements. C'est toujours un tort d'abandonner ces malades, à défaut de pouvoir les guérir; on doit toujours chercher à les soulager et l'on y parvient souvent. Contre des vomissements incessants, le docteur Huchard ayant remarqué un état saburral de la langue, et le jugeant entretenu par un état catarrhal de l'estomac, fit pratiquer tous les jours un lavage gastrique suivi de l'introduction par la sonde d'un demi-litre de lait avec trois œufs et deux cuillerées de poudre de viande. Les vomissements s'arrêtèrent et le cancéreux se nourrit ainsi.

Les vomissements mécaniques, provoqués par la tumeur du pylore, sont au-dessus des ressources de l'art. Mais lorsque, par sa présence seule, elle produit des spasmes qui peuvent s'étendre jusqu'à l'œsophage, il en résulte un œsophagisme réflexe démontré par M. Lacombe. (Voy. Œsophagisme, 1885.) Une injection de morphine avant chaque repas empêche ces vomissements spasmodiques.

Ils peuvent même être causés par l'étendue du cancer en plaques ou en nappe. Soustraite à l'action du suc gastrique, la muqueuse n'offrant plus une quantité suffisante de glandes peptogènes, les aliments, même en petite quan-

tité, devenant de véritables corps étrangers et irritants, sont également vomis. Ce défaut de sécrétion gastrique est combattu en mêlant aux aliments la pepsine, la pancréatine, sinon quelques gouttes d'acide chlorhydrique et un peu de cocaïne, comme dans la formule suivante :

Elixir de Garus	250 gr, 00
Eau distillée	50 00
Acide chlorhydrique pur	2 50
Chlorhydrate de cocaïne	0 50

Un verre à liqueur, une cuillerée à dessert ou à bouche après chaque repas. On peut remplacer l'élixir de Garus par de l'eau distillée.

Ces diverses espèces de vomissements *alimentaires* ne doivent pas être confondus avec les vomissements de sang contre lesquels une thérapeutique bien connue doit être instituée : injections de morphine, combinées avec les injections d'ergotine ; glace, sous-nitrate de bismuth, laitage, etc. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, art. 13278.)

Cancer primitif de la rate. Si rare qu'il soit, en apparaissant seulement de quarante à soixante ans d'après les exemples connus, il est absolument exceptionnel chez l'enfant. Maurice Notta en ayant observé un cas sur un garçon de sept ans l'a communiqué avant sa mort, en en faisant une étude générale, didactique. C'était un encéphaloïde comme les autres et sa durée fut de quelques mois. L'absence de symptômes au début le rend d'autant plus dangereux. Il est incurable par sa manifestation même, d'autant plus que le diagnostic en est toujours incertain, long et difficile. Mais il ne faut pas le confondre avec l'épithéliome dont la marche est très lente et la durée prolongée. N'en pourrait-on pas faire le diagnostic différentiel par l'histologie sur le vivant, en plongeant le petit harpon de Duchenne (de Boulogne) dans la rate hypertrophiée ? (*Archiv. de méd.*, février.)

Cancer primitif de la colonne vertébrale. Il est surtout remarquable par sa longue durée, dans le cas observé à l'hôpital Saint-Antoine par le docteur Raymond. Dès 1880,

le malade, âgé de soixante ans, ressent subitement une douleur comparée à un violent coup de fouet dans la région lombaire. Une douleur continue, lancinante, avec exacerbations passagères, succède à cette crise. Un vésicatoire appliqué *loco dolenti* fait disparaître le mal. Mais une nouvelle crise reparaît dix jours après et chaque année, pendant cinq ans, ces crises se renouvellent à époques variables, en augmentant un peu chaque fois par des douleurs plus intenses et prolongées. Le malade entre à l'hôpital le 28 février 1885, et, sans qu'aucun diagnostic soit porté, on combat les symptômes à mesure qu'ils se présentent. La mort arrive le 27 mai. On constate alors *de visu* le cancer de la colonne vertébrale avec une névrite sciatique double ayant amené l'atrophie des membres inférieurs. Aucune trace cancéreuse ne s'est trouvée dans les autres organes. (*Archiv. de méd.*, février.)

Cancer utérin. Le *grattage* et le *curage* déjà décrits (Voy. Utérus, 1885) sont appliqués de plus en plus par M. Terrillon aux cancers et aux sarcomes de la muqueuse du col et du corps. Le premier bénéfice est la suppression immédiate de l'écoulement séro-sanguinolent et même des hémorrhagies; ce qui rassure toujours les malades. Les pansements à l'iodoforme annihilent surtout la fétidité. Les douleurs locales en sont aussi efficacement combattues ; les plaies se rétrécissent et se cicatrisent même parfois.

Les formes végétantes ou ulcéreuses sont surtout justiciables de ce traitement. On arrive à les détruire complètement avec de la persévérance, quand elles ne sont pas absolument infiltrées. (*Bull. de thérap.*, mai, page 450.)

Sans recourir à ces moyens mécaniques, Mme Gaches-Sarraute a obtenu des effets aussi satisfaisants sur 25 cancéreuses traitées dans le service de M. Siredey. Elle venait trois fois par semaine à l'hôpital. Après de grands lavages de liquides désinfectants, soit deux à trois litres, pour débarrasser la plaie de ses produits putrides, elle la pansait avec des tampons discoïdes sans fils la recouvrant exactement. Trempés tout d'abord dans une solution de chloral ou de liqueur de Van Swieten, ces tampons, pouvant rester à demeure, étaient recouverts d'iodoforme sur toute leur surface et maintenus en place par d'autres plus gros s'en-

levant à volonté. Les meilleurs effets ont été ainsi obtenus. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, art. 13246.)

C'est par sa méthode de dilatation que le professeur Vulliet a obtenu la cicatrisation complète d'un cancer primitif du col. Le quatrième succès en a été montré le 20 avril sur une femme de quarante-neuf ans. Un raclage minutieux commença le traitement et, après cinq tamponnements, la cavité étant ouverte, l'ulcération s'étendait à trois centimètres dans l'intérieur. Elle fut raclée avec la curette et l'ongle jusqu'à la paroi des fibres musculaires normales et cautérisée avec une dizaine de petits cautères actuels. Deux mois après, la cicatrisation était complète. (*Revue méd. de la Suisse romande.*)

On voit que ces différentes opérations se contredisent en donnant des résultats identiques. Puisque les pansements antiseptiques suffisent, pourquoi employer le raclage et le curage? Et si ceux-ci sont nécessaires, sans dilatation, pourquoi la faire? Ce sont donc là méthodes et procédés particuliers à leurs auteurs, ne semblant pas absolument indispensables à la guérison de ces prétendus cancers. Le plus simple serait le meilleur, s'il donne le même résultat que le plus compliqué et le plus radical : la dilatation.

Sarcome de la tunique vaginale. Un garçon de sept ans, né avec la persistance du canal vagino-péritonéal des deux côtés et hernie consécutive, fut adressé au docteur A. Reverdin pour une tumeur arrondie, grosse comme un œuf, occupant le canal inguinal gauche, et se continuant par un col légèrement rétréci ; elle reprenait graduellement du volume jusqu'à dépasser celui d'un citron. Peu de temps auparavant, son père en le soulevant vit apparaître entre ses jambes une tumeur dure et grosse comme un petit œuf. Le scrotum distendu était luisant et vascularisé. Une ponction faite par le docteur Julliard donna issue à un liquide jaunâtre, consistance de blanc d'œuf, un peu teinté de sang. Une zone mince de sphacèle superficiel entourait la piqûre.

Fluctuation vague avec élasticité un peu dure; le liquide était plus distinct en haut. Pesanteur plus lourde que l'hydrocèle ; testicule inappréciable ; transparence louche, excepté en haut. L'état général étant normal, on crut à une hydrocèle; diagnostic corrigé par M. Reverdin en sarcome ou

encéphaloïde du testicule avec léger épanchement. L'incision montra une masse gélatiniforme grisâtre, d'un superbe jaune ambré plus profondément, qui s'énucléa facilement de la vaginale. On put croire aux vestiges d'un hématocèle, et, comme le dit A. Richard, l'étude de l'hématocèle doit suivre celle du cancer du testicule. Il n'existe pas deux maladies plus faciles à confondre, et l'opérateur, dans le tiers des cas, n'est pas fixé en prenant le bistouri. L'incision peut seule éclairer le diagnostic.

C'est en effet ce qui arriva. Malgré la simplicité de l'opération et la réunion par première intention de la plaie, l'état général de l'opéré resta mauvais; une gangrène de la cicatrice eut lieu; la plaie bourgeonna fortement, une fièvre hectique se déclara et l'enfant mourut absolument cachectique quelques mois après.

L'examen histologique fait par le docteur Mayor, dont le résumé est joint à l'observation, confirma le diagnostic sarcome tendant à passer au myxome par la surface adipeuse des cellules. La masse gélatineuse était un sarcome fasciculé. (*Revue méd. de la Suisse romande*, 15 avril.)

CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. Voy. Fistules.

CÉLIBAT & CÉLIBATAIRES. On riait encore de ces titres il y a un demi-siècle. Au sein de chaque foyer se voyaient de nombreux enfants, et si l'un ou l'autre restait pour compte en ne se mariant pas, les autres se chargeaient de suppléer amplement ces non-valeurs exceptionnelles, en ayant une nombreuse progéniture pour perpétuer le nom. Les familles augmentaient, augmentaient de génération en génération, la population croissait en nombre et la nation en puissance. Il n'y avait donc qu'à rire de ceux qui ne prenaient pas part à ce mouvement général et naturel de jouissance et de vie pour l'entretien et l'accroissement de la famille, de la société et de la patrie, sinon à plaindre et à prendre en pitié ceux qui en étaient empêchés par des infirmités, par l'impuissance ou la stérilité, comme c'était souvent le cas.

Il en est tout autrement aujourd'hui. Un changement radical s'est opéré; la règle est devenue l'exception. On se marie... légalement de moins en moins et le plus tardive-

ment possible, par crainte d'avoir trop d'enfants. C'est le grand souci des garçons surtout. Au besoin, les mariés stérilisent volontairement et d'accord leurs rapports conjugaux pour ne pas s'en encombrer. Un ou deux, voilà la règle ; le surplus est un fait de hasard ou de malversation. On reste célibataire pour échapper aux charges de la famille. D'où la démoralisation actuelle, les unions libres, le concubinage, l'accroissement de la prostitution clandestine, l'illégitimité et la bâtardise en résultant. L'augmentation des célibataires emporte la diminution des mariages, et la conséquence forcée de ces mœurs dissolues est l'affaiblissement des naissances et de la population française qui ne s'accroît plus que dans des proportions infinitésimales par rapport aux pays voisins, comme le dernier recensement le constate.

Cet état actuel est donc le contraire du précédent. Fruit de l'égoïsme et du positivisme à la mode, il est aussi triste et déplorable, au double point de vue de la morale et du patriotisme, que le premier était réjouissant. D'où l'intérêt palpitant de savoir ce que sont le célibat et les célibataires des deux sexes, fauteurs principaux de cet état en l'entretenant. Négation absolue, au sens strict et rigoureux du mot, de la fonction si éminente et si délectable de la génération que sans elle la vie est difficile sinon impossible, ce célibat, faux et trompeur le plus souvent, devait être scruté, analysé sous toutes ses formes et ses différents aspects ; pour le faire mieux connaître, il fallait dévoiler ou plutôt démasquer ceux qui s'affublent de ce titre pour mieux satisfaire, en les cachant, leurs passions, leurs défauts ou leurs vices, et pour échapper aux devoirs de la société, de la famille et même de l'Etat. Nous avons d'autant pris à cœur de faire cet ouvrage qu'il est l'opposé du *Mariage* commençant notre œuvre sur l'hygiène de la génération ; il en est ainsi la contre-partie et le complément.

Entre toutes les causes diverses et multiples, apparentes et occultes, conduisant au célibat, comme les difformités, la misère, la richesse, l'orgueil, le luxe, le nom, la profession et tant d'autres, huit espèces en sont spécialement décrites : volontaire ou libre et choisi ; obligatoire ou forcé et imposé ; par indifférence ; religieux ; transitoire ou prolongé ; par amour ; à deux ; faux et simulé ou pseudo-céli-

bat par prostitution, concubinage, libertinage, etc. On peut ainsi l'étudier et le connaître en détail et après la caractéristique de cet état anormal, son origine historique, ses indications et contre-indications, ses effets bons et mauvais, avec ses différences suivant le sexe, il est facile d'en apprécier les conséquences. A côté de quelques avantages, tous les périls et les dangers pour la santé et même la vie en sont rendus évidents par des exemples dans l'état civil et religieux, avec les moyens de le prévenir.

Tout en étant visés et même désignés dans ces divers chapitres, les célibataires n'auraient pu être distingués par là des mariés, beaucoup leur ressemblant par leurs qualités et leur esprit et se confondant avec eux. Il fallait donc les caractériser, les marquer distinctement de leurs traits particuliers : ridicules, travers, excentricités, folies, défauts, passions et vices, en séparant les vieilles filles des vieux garçons et les célibataires modèles des autres. C'est la seconde partie, suivie de l'hygiène spéciale à chacun selon l'âge et la condition de tous ces prétendus célibataires. En montrant, dans tout ce livre, que la continence absolue n'est pas possible à l'homme dans la vie civile, comme la chasteté dans la vie religieuse, à moins qu'il soit malade, difforme ou infirme, il fallait bien lui tracer les règles propres pour échapper au péril qui le menace sans cesse. Avec l'hygiène plus étendue annexée à la *Génération universelle*, garçons et filles trouveront les moyens de se conduire le plus sûrement possible à travers les écueils de leur vie célibataire. (*Célibat et célibataires*, caractères, dangers et hygiène chez les deux sexes, par le docteur P. Garnier; un vol. in-18 de 546 pages. Paris, *librairie Garnier frères.*)

CHIRURGIE. Le succès de la seconde session du Congrès de chirurgie de langue française et le discours de son président M. Ollier sont deux faits saillants de l'année. Montrant à grands traits le glorieux passé de la chirurgie française, ce discours trace, comme un programme, toutes les réformes à accomplir dans l'enseignement et dans la pratique pour qu'elle se maintienne au rang élevé qu'elle a occupé si longtemps. C'est, d'après l'exemple même de l'étranger, l'avènement plus rapide des agrégés qui montrent de bonne heure, dans les divers centres où ils sont placés, leurs apti-

tudes à enseigner et à pratiquer eux-mêmes. La spécialisation dans ses branches principales, et dont il est la plus brillante personnification, lui semble une condition indispensable à ses progrès.

Cette inauguration résolue, énergique, paraît avoir, en effet, imprimé une marche nouvelle aux travaux et consacré le principe des spécialités. Sauf quelques questions générales, celles-ci ont prédominé par leurs représentants les plus autorisés. Nos lecteurs s'en convaincront par le recueil des procès-verbaux qui paraîtra prochainement, contenant *in extenso* tous les travaux du Congrès, discours et mémoires lus ou présentés, avec les discussions qui s'en sont suivies.

Au retentissement de cette marche en avant, si parfaitement conforme aux aspirations et aux tendances actuelles, un rappel aux vieux principes s'est fait entendre à Genève, comme une protestation, dans une réunion analogue [des médecins suisses de langue française. Sous le titre : *Des petits moyens dans le traitement des grandes collections purulentes*, le professeur Révilliod a dit que la méthode de Récamier, délaissée à tort depuis longtemps, peut rendre de grands services. Le caustique potentiel ouvre au pus une voie suffisamment large, tout en protégeant les bords de l'orifice de son contact. Il détermine une tendance au retrait des parois des cavités purulentes et suffit pour amener la guérison des abcès froids idiopathiques; il agit comme dérivatif des phlegmons, qu'il peut faire avorter. Enfin, il peut même provoquer la résolution des collections purulentes déjà formées. Le siphon lui paraît même devoir remplacer l'opération de Cérenville et d'Estlander. Il démontre sa puissance d'appel sur la plèvre viscérale pour le rapprochement des surfaces pleurales, sans lequel se forment des cavités permanentes et des fistules. Le siphonnage imparfait détermine seul les insuccès ou les guérisons incomplètes, et l'auteur le prouve par des photographies et la présentation de 7 malades dont 5 sont guéris et 2 en voie de guérison.(*Revue méd. de la Suisse romande*, n° 9.)

L'organisation de nouveaux tissus par les caillots aseptiques est le programme présenté par Schede au dernier Congrès des chirurgiens allemands pour le traitement des

plaies. Si étonnant qu'il paraisse avec l'ancienne notion des caillots comme corps étrangers, on peut l'accepter par l'observation d'hématomes volumineux restant sans danger au milieu des tissus. Ses résultats sont d'ailleurs concluants et presque merveilleux. En suturant la plaie remplie de caillots, ceux-ci sont graduellement remplacés par un tissu de nouvelle formation, sans sécrétion de la plaie. Des résections des grandes jointures ont guéri par première intention avec cette méthode, sans troubles de la fonction. 241 opérations sont présentées à l'appui et presque toutes ont guéri par première intention sous un pansement unique, tels que : séquestres osseux, excision de granulations fongueuses des tendons, division des parties molles et plusieurs excisions de tumeurs et de jointures. De là le retentissement universel de cette nouvelle méthode.

Eau chaude. Elle est préconisée par M. Reclus en lotions sur les plaies chirurgicales et notamment contre les plaies ulcéreuses, lorsque, décolorées et blafardes ou recouvertes d'un enduit diphtéroïde, elles ne se cicatrisent pas. En détergeant la surface, ces lotions suffisent pour que les bourgeons charnus deviennent vermeils, petits et confluents et la guérison rapide.

Elle est surtout efficace en lavements contre la prostatite aiguë. (Voy. *ce mot.*)

Choc traumatique. Cette expression, dont on se sert pour expliquer la mort rapide après les traumatismes accidentels ou opératoires, ne fait que cacher notre ignorance, dit M. Verneuil. Une femme de soixante-dix ans, morte dans le service du docteur Monod, dans les vingt-quatre heures, après une kélotomie, sans aucun incident particulier que la levée de l'étranglement, en fournit la preuve. L'autopsie montra les reins atteints de néphrite mixte, à prédominance interstitielle avec kystes à l'intérieur. Cœur volumineux et frappé de dégénérescence; poumons œdémateux, cerveau infiltré de sérosité. L'urémie lente des vieillards, décrite par M. Raymond (Voy. *année* 1885, page 450), était donc la cause de la mort déterminée par l'œdème cérébral. Au lieu d'une hypothèse, voilà la réalité, et c'est en la cherchant ainsi minutieusement dans les différents organes que l'hy-

pothèse du choc disparaîtra à peu près complètement. (*Soc. de chir.*, 24 mars.)

Drainage et réunion primitive. Ils s'excluent réciproquement, suivant le docteur Chénieux, et leur association est un non-sens chirurgical. Le premier est une prévention contre l'autre. Dès que les surfaces des plaies, si larges soient-elles, sont exactement affrontées et rendues aseptiques par des agents non irritants, elles doivent se réunir par première intention.

Dans l'ovariotomie et l'hystérectomie, où des ligatures perdues sont laissées au milieu de larges surfaces cruentées, le drainage est plus nuisible qu'utile. Quels que soient les liquides exsudés, dès qu'ils sont aseptiques, ils sont mieux gardés en vases clos. On ne s'avise pas de soustraire, par le drainage, les liquides des foyers de fracture, et ils disparaissent spontanément par résorption ou en concourant à l'organisation du cal. Dans les opérations ci-dessus pratiquées au milieu d'un épuisement complet, ces liquides ne pourraient-ils pas constituer un fonds de réserve utile à l'économie par la résorption, alors que l'alimentation est à peu près nulle pendant les premiers jours?

Dans l'empyème, le drainage est inutile et peut être nuisible par l'irritation qu'il détermine. N'est-ce pas pousser la théorie à ses dernières limites? (*Congrès de chir.*, octobre.)

Éléments de pathologie chirurgicale générale, par F. Terrier, un vol. de 264 pages. Paris, *librairie F. Alcan.* Suite du premier, publié en 1884, ce deuxième fascicule termine les complications des lésions traumatiques et des lésions inflammatoires. En faire l'énumération analytique ne servirait à rien. L'ordre et la concision, la clarté y règnent comme dans le premier et montrent toutes les qualités de l'auteur pour un futur enseignement. Un troisième fascicule, devant paraître prochainement, terminera l'ouvrage.

Pathologie et thérapeutique chirurgicales générales, par les professeurs Th. Billroth, de l'Université de Vienne, et A. von Winiwarter, de l'Université de Liège; 2e édition française, complètement remaniée et très augmentée, traduite sur la 12e édition allemande par le docteur O. Delbastaille, assis-

tant de l'Université de Liège. Un gros volume in-8° de 944 pages et 176 figures, Paris, *librairie F. Alcan.*

Le succès des précédentes éditions de cet ouvrage, en Allemagne comme en France ou plutôt dans les pays de langue allemande et de langue française, est la meilleure démonstration de son mérite et de sa valeur. La première traduction, parue en 1867, était l'exposition littérale des leçons du maître, faite sans sa participation, ni sa révision. Celle-ci, au contraire, est augmentée de la collaboration active de son ancien élève, devenu maître à son tour, qui y a fait toutes les additions exigées par les progrès de la science. La division n'est plus ici en 49 leçons, mais en 22 chapitres en comprenant 50. Au lieu d'être la parole littérale, comme sténographiée, du professeur s'adressant à son auditoire — ce qui entraîne, comme nous le disions, une abondante répétition des pronoms *je*, *nous*, *vous* et bien des détails de causerie — l'exposition est impersonnelle et plus courante. Les additions sont ainsi faites sans renvois ni signes distinctifs. Le texte est uniforme et, quoique plus fin et serré, l'ouvrage compte 120 pages de plus et 76 figures.

Si le fond est le même, la facture est donc toute différente. Et par le fait de la nationalité belge du collaborateur et du traducteur, l'horizon des vues d'ensemble s'est agrandi; il n'est plus si localisé à l'Allemagne au détriment des travaux de langue française. C'est donc un livre nouveau, mis au courant de la chirurgie actuelle avec tous ses perfectionnements.

Congrès français de chirurgie, 1re session, Paris, 1885. Procès-verbaux, mémoires et discussions, publiés sous la direction de M. le docteur Pozzi, secrétaire général. 1 fort vol. grand in-8° de 668 pages avec fig. dans le texte. Paris, *librairie F. Alcan.* Après les indications fournies l'année dernière sur les travaux de cette première réunion, nous n'avons plus qu'à indiquer ce volume où ils se trouvent relatés *in extenso*. 90 communications sur les divers sujets y sont insérées et attestent les progrès et la vitalité de la chirurgie française. Le succès du congrès de cette année en a été une nouvelle confirmation.

Leçons de clinique chirurgicale, professées à l'hôpital Saint-Louis pendant les années 1879 et 1880 par le docteur Péan,

suivies : 1° des observations recueillies dans le service de l'auteur, du 1er janvier 1879 au 1er janvier 1881 ; 2° de la statistique des opérations de gastrotomie pratiquées par lui, du 1er juillet 1881 au 1er janvier 1885 ; 3° de la troisième partie du catalogue de la collection des pièces anatomo-pathologiques de M. Péan à l'hôpital Saint-Louis, avec 46 fig. dans le texte et 7 pl. coloriées hors texte. 1 fort vol. in-8° de 1250 pages. Paris, *librairie F. Alcan.*

Ce quatrième volume contient, comme les précédents, les observations personnelles de l'auteur qui en sont la partie la plus intéressante. En faisant ainsi le compte rendu des maladies et des opérations exécutées par eux, les chirurgiens des hôpitaux fourniraient comme celui-ci une mine féconde de renseignements précieux. La partie gynécologique est la plus importante, la plupart de ces opérations étant faites par la voie vaginale. Il serait superflu d'énumérer toutes les autres maladies combattues chirurgicalement sur les diverses parties du corps. Le résumé de 229 gastrotomies en montre assez l'importance, ce qui forme un total de 674. D'où l'intérêt des considérations pratiques faites à ce sujet. Ces comptes rendus sont donc d'un bon exemple pour les chirurgiens et une source précieuse pour les travailleurs.

Traité de chirurgie clinique, par P. Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu ; affections chirurgicales de la tête, un vol. in-8° de 400 pages avec figures. 1er fascicule du tome premier. L'ouvrage entier formera deux volumes et sera publié en quatre fascicules qui se vendront toujours séparément. Paris.

Voyage chirurgical à Copenhague et en Allemagne, par le docteur A. Reverdin, brochure de 33 pages in-8°. Récit rapide et humoristique des impressions du Congrès de Copenhague et des divers renseignements recueillis en Allemagne, avec planches dans le texte. Genève et Paris.

CHLORO-ANÉMIE. *Pouls veineux présystolique.* On commet souvent une confusion regrettable entre la chloro-anémie et une affection organique du cœur. Un signe différentiel certain est fourni par l'inspection des jugulaires. Suivant la pittoresque expression du docteur Durosiez, on

assiste alors à une véritable danse des jugulaires. Ces mouvements ne sont pas physiologiques, comme on l'a dit; ils ne se voient pas à l'état normal et n'existent que dans la chloro-anémie, d'autant plus marqués que celle-ci est plus grave. L'auscultation n'est pas nécessaire. Où l'on voit des mouvements, les souffles s'entendent.

L'examen des veines du cou, qui doit toujours précéder celui du cœur, n'est pas assez pratiqué. On croit trop que les instruments sont nécessaires; on ne les a pas toujours à sa disposition et ils sont inférieurs à nos sens.

Dans la chloro-anémie, l'affaissement de la jugulaire a lieu pendant la systole et non pendant la présystole : le pouls veineux est présystolique. Parrot ne pouvait pas attribuer le battement de la jugulaire à l'insuffisance de la tricuspide, parce que le battement n'est pas systolique. Il suffit de tenir la carotide et de regarder le pouls veineux; on voit le pouls jugulaire précéder le pouls carotidien et la veine s'affaisser en même temps que la carotide bat. Il n'est pas besoin d'instrument pour le constater.

Les souffles sont d'autant plus intenses que les mouvements sont mieux dessinés.

Il est facile d'expliquer la succession des souffles au premier et au deuxième temps. Après la présystole, le sang descend dans l'oreillette, un souffle se forme, puis le ventricule se dilate, un second souffle apparaît.

Pour les mouvements, la présystole rejette le sang en arrière et produit le pouls veineux, puis la veine s'affaisse quand l'oreillette se dilate.

Le souffle du deuxième temps peut s'entendre aussi bien au-dessous qu'au-dessus de la clavicule. On a l'explication de ces souffles extra-cardiaques qui ne sont que des souffles anémiques. Pourquoi ne pas faire des souffles veineux du cou des souffles extra-cardiaques?

Les bruits chloro-anémiques du cœur sont mal connus et trop souvent pris pour des bruits organiques, valvulaires ou péricardiques. Là est tout l'intérêt de l'étude des maladies du cœur. La thérapeutique s'en ressent. (*Acad. de méd.*, 27 avril.)

CHORÉE. Après l'avoir séparée des névroses pour la rattacher exclusivement au rhumatisme, on voit de plus en

plus que tous les cas ne peuvent se rattacher à celui-ci. MM. Joffroy et Saric, parmi les plus jeunes et récents auteurs, en font ainsi une *névrose de croissance*.

Les succès de la médication chloralée et l'enveloppement dans le drap mouillé, lorsqu'elle résiste, en sont la confirmation. (Voy. *année* 1885.)

Origine. Basé sur de nombreuses expériences et des observations faites dans les meilleures conditions, M. Engel Money conclut que la chorée humaine est surtout d'origine cérébrale et très rarement spinale. L'affection rhumatismale du tissu conjonctif périvasculaire de l'appareil moteur du cerveau et de la moelle est la lésion qui la provoque. Très rarement l'embolie en est la cause. Lorsqu'une frayeur la détermine, c'est qu'il préexiste un désordre moléculaire de cet appareil. (*Bristish med. journ.*, 17 juillet.)

Nodosités des tendons. Un garçon de treize ans, choréique, entre à l'hôpital de Dantzig ayant déjà été atteint deux fois du même mal. Agitation intense, empêchant le sommeil et compromettant la nutrition. La liqueur de Fowler, le bromure de potassium, le chloral, l'électricité restent sans résultat. Un mois après, apparaît sur les 3e, 4e et 5e doigts contracturés et fléchis de chaque main, une vive douleur lors de leur extension. Les tendons fléchisseurs sont douloureux à la pression, avec épaississement nodulaire parfaitement symétrique. Rien sur ceux des extenseurs. Mêmes nodules symétriques du fléchisseur des avant-bras, des péroniers et du tibial antérieur, sans contractures ni gonflement des articulations. Des saillies comme des cerises, un peu douloureuses à la pression, existent sur les apophyses épineuses des première et seconde dorsales ainsi qu'aux apophyses cubitales.

Dans 10 cas, Scheele a vu survenir ces nodosités tendineuses à la suite de la chorée ou la précéder, en coïncidant avec des déterminations cardiaques. D'où l'indication, en les voyant apparaître, de diriger l'attention sur l'intégrité des articulations et du cœur. C'est une manifestation rhumatismale.

Après une durée d'un mois, elles ont disparu localement pour reparaître ailleurs et cesser enfin après deux mois. (*Deutsch med. Woch.*, n° 41, 1885.)

Étiologie de l'embolisme. En introduisant artificiellement des globules graisseux ou des grains de carmin dans le cœur et dans les artères des lapins et des cobayes, des chiens et des chats, le docteur A. Money a vu survenir des mouvements involontaires, semblables à ceux de la chorée, surtout quand le cerveau ou la moelle épinière étaient embolisés. C'était donc la confirmation de la théorie embolique de la chorée, admise par Kirkes et par le docteur Hughlings Jackson. Il s'agissait de contrôler cette doctrine par la clinique.

Le docteur H. Dickinson s'en est chargé, en collectant 8654 cas de chorée avec autopsie, d'après les registres de l'hôpital Saint-Georges et des Enfants malades, de 1861 à 1885. De cet examen de vingt-quatre années, 6787 autopsies à l'hôpital Saint-Georges ont donné seulement 147 cas d'embolisme dans les reins, la rate, le foie et principalement dans les artères du cerveau. Dans aucun de ces cas, il n'est parlé de chorée, excepté chez une fille de dix-sept ans dont les accès paraissaient dus à une grossesse illégitime. Une autre jeune femme de dix-neuf ans avait eu à douze ans une attaque de chorée sans récidive. C'étaient les deux seuls exemples douteux. 12 choréiques hommes ne présentaient pas trace d'embolisme.

Sur les 1867 autopsies d'enfants malades, de janvier 1860 à juin 1885, il y eut 11 cas d'embolisme et la chorée n'existait simultanément que chez 2. Elle s'était montrée trois ans auparavant chez un troisième.

De ces 158 cas d'embolisme de différentes sources, 3 seulement coexistaient avec la chorée ; celle-ci était antérieure dans 2 autres. C'est donc l'infirmation absolue de la doctrine de l'embolisme et la preuve que les expériences sur les animaux ne sont pas concluantes quant à leurs résultats chez l'homme. La clinique ici en démontre le peu de fondement. (*Lancet*, 2 janvier.)

Un garçon de vingt et un ans, ayant eu un rhumatisme en 1881, la chorée en 1882, 1883 et 1884, fut trouvé atteint par M. Benson d'une embolie partielle de la division inférieure de l'artère centrale de la rétine, sans aucun autre symptôme du système nerveux.

Un exemple analogue a été observé en 1875 par M. Swanzy, chez une fille de dix ans prise de chorée avec paralysie faciale ayant une embolie à gauche de l'artère centrale de

la rétine. Aucune trace de maladie du cœur n'existait dans ces cas. Ces deux faits viennent donc à l'appui de la théorie en question. (*Ophthalm. review*, janvier.) Voy. GROSSESSE.

Hyoscyamine. A la dose de 3 à 5 dixièmes de milligramme trois fois par jour, cet alcaloïde a eu les effets les plus prompts chez un garçon de onze ans, admis dans la clinique du professeur Da Costa à l'hôpital de Pensylvanie. Ses mouvements étaient si désordonnés et si violents qu'il ne pouvait rester sans secours. Incapable de marcher et de se nourrir, il ne pouvait même parler, articuler assez distinctement pour faire connaître ses besoins. Les convulsions ne cessaient pas complètement pendant le sommeil. Ayant trouvé l'hyoscyamine efficace contre le tremblement, le professeur l'essaya dans ce cas. En quatre jours, l'enfant était hors du lit, parcourait les salles et s'est ainsi trouvé guéri. Trois semaines après, les muscles étaient absolument normaux et permettaient de marcher naturellement, comme il ressort de la leçon clinique faite à ce sujet. (*Philadelphia med. Times*, 23 janvier.)

Uréthane. Une fille de dix à onze ans, d'une intelligence peu ordinaire, mais d'une organisation délicate, souffrait de la plus grave forme de chorée qui résistait depuis huit jours aux divers remèdes employés. L'accès était d'ordre réflexe, d'après le médecin traitant, et provoqué par l'excision de tumeurs nasales et l'insufflation des oreilles contre la surdité. Appelé en consultation, le docteur Abbot la trouva dans un mouvement incessant et violent, ne pouvant ni parler, ni boire, ni manger, avec diarrhée, et n'ayant pas dormi depuis quarante-huit heures. Les différents bromures et l'arsenic n'ayant pas amené de soulagement, l'uréthane fut ordonnée à la dose de 50 centigrammes toutes les deux heures pour amener le sommeil. Il s'ensuivit bientôt et ce moyen suffit pour diminuer les mouvements et rétablir la santé.

Le docteur Weber a employé ce remède plusieurs fois pour obtenir le sommeil et a réussi deux fois sur trois.

Le docteur Minot eut un égal succès avec quelques grains d'uréthane, alors que de fortes doses de morphine et de chloral avaient échoué. Contre la chorée, en particulier,

d'autres hypnotiques, les bromures et le chloral, sont nécessaires, suivant le docteur Putnam. (*Boston soc. for med. improv.*, 26 avril.)

Hypnotisme actif. Nouvelle modification employée par le docteur R. Pari sur une choréique italienne âgée de douze ans. Atteinte depuis quatre ans, à la suite d'une scarlatine grave, sans rhumatisme ni hystérie, elle avait été infructueusement soumise à l'électricité, les toniques et l'arsenic. Examinée en octobre 1885, elle ne présentait pas d'anémie ni anomalie cardiaque, ni aucun autre signe morbide qu'une chorée bilatérale modérée. Hypnotisée par la fixité du regard en lui tenant la main, elle fut suggérée de ne plus avoir de secousses. Deux séances furent sans résultat. Admettant que l'insuccès des moyens antérieurs faisait douter la malade de l'efficacité de celui-ci, la gymnastique de Hasse y fut adjointe. Dès la troisième séance, il fut ordonné à l'hypnotisée de lever ses bras. Il y eut un léger tremblement après six à sept minutes, mais en prescrivant de les maintenir de nouveau, ils restèrent un quart d'heure sans trembler. On lui suggéra ensuite de marcher et de se tenir dans différentes positions, en levant les membres inférieurs alternativement, en se tenant sur un seul, et la chorée s'améliora graduellement ainsi, au point d'être guérie en vingt séances. (*Lo Sperimentale*, juillet.)

Chorée électrique. Ce nom, employé par Dubini en 1846, désigne une affection mal déterminée des centres nerveux et consiste en de simples contractions musculaires rythmées. Quelques exemples seulement en sont connus. Quoique pouvant être consécutive à la danse de Saint-Guy, elle s'en distingue manifestement et se rapprocherait plutôt de la maladie de Thompson par sa fréquence chez les enfants et son hérédité. (*Journ. de méd. de Bruxelles.*)

Paramyclonus. En modifiant et changeant même la nosologie ancienne par l'analyse minutieuse des symptômes nerveux, l'école de la Salpêtrière tend à diminuer l'extension du mot chorée, donné indifféremment autrefois à tous les tremblements, aux secousses involontaires; il y avait la chorée de la langue et celle du larynx. Afin d'y mettre plus

de précision, le docteur P. Marie donne ce nom aux secousses dont la rapidité ressemble à un courant électrique, mais en différant parce qu'elles ne partent pas de muscles innervés par un nerf spécial. Le triceps crural, les muscles fléchisseurs de la cuisse, ceux du tronc et le triceps brachial en offrent ainsi l'exemple. La face seule en est indemne. Ces secousses varient depuis le simple tressaillement jusqu'au tétanos le plus intense. L'influence de la marche les arrête, tandis que la piqûre, le froid, le chatouillement, la percussion les augmentent et les généralisent.

Quatre exemples de ces secousses involontaires, brusques, subites, en ont été observés chez des malades atteints d'affections différentes. C'était un jeune homme offrant des tics convulsifs, une jeune fille ayant de l'impuissance fonctionnelle motrice hystérique; un homme de cinquante-deux ans, dans un état de dépression et de neurasthésie très accentuée depuis trois à quatre ans, en offrait le type. Les secousses partaient du membre inférieur, du triceps crural et s'étendaient en passant par les fléchisseurs de la cuisse. Elles commencent du côté gauche et s'étendent bientôt à droite. Assis ou debout, le malade les éprouve de même et plus fortes étant couché; elles disparaissent s'il marche, pour reparaître dès qu'il s'arrête. Les mouvements musculaires intentionnels sont donc antagonistes.

Ces secousses sont distinguées suivant leurs caractères d'isolement ou de multiplicité. Elles se déclarent parfois subitement sous l'influence d'émotions ou de colères. C'est donc là une variété de tremblement qui ne saurait être confondue avec la chorée de Sydenham présentant plutôt de l'instabilité musculaire que des secousses véritables. En n'existant pas à la face, elles ne peuvent se confondre davantage avec les tics convulsifs. Voy. MALADIES.

C'est une affection de l'âge mûr et presque exclusive au sexe masculin. (*Tribune méd.*, p. 148.)

Chorée syphilitique. Un jeune homme à Buenos-Ayres, dont les contorsions étranges excitaient la cusiosité, appela le docteur Franceschi qui reconnut aussitôt des mouvements choréiques parfaitement caractérisés avec contracture des muscles thoraciques, abdominaux et pelviens. L'état devint si grave qu'il ne put quitter la chambre.

Pendant un mois, l'électricité, les bains sulfureux, la strychnine, l'hyoscyamine et d'autres moyens restèrent sans effet. Une consultation fut demandée avec les docteurs Valdes et Alcorta. Le premier reconnut aussitôt le malade comme l'ayant traité d'un chancre six mois avant. La pléiade ganglionnaire n'existant pas, la syphilis fut mise hors de cause et aucun traitement spécifique ne fut institué. Quoique aucun signe nouveau ne le commandât, les pilules de Ricord d'iodure de mercure avec frictions sur la colonne vertébrale, après une onction d'huile de croton, la solution de Van Swieten et le vin ferrugineux, furent donnés simultanément.

Les convulsions choréiques cessèrent bientôt et le traitement mercuriel fut abandonné à cause de la salivation. Les convulsions revinrent ensuite à deux reprises et c'est seulement six mois après que la guérison parut complète. Ce fait semble donc bien démontrer la nature du mal, quoique aucun auteur classique ne signale la syphilis comme cause de la chorée, sinon la syphilis héréditaire pouvant la développer. Le traitement spécifique doit donc être adopté dans les cas douteux. (*Lancet*, 31 juillet.)

Hémichorée symptomatique. Comprenant sous ce titre toutes les variétés d'incoordination posthémiplégique, la trépidation épileptoïde exceptée, M. H. Bidon fait une revue historique et clinique de cette affection nouvellement décrite, encore si mal connue par les symptômes contradictoires qu'elle présente souvent, d'après les principaux observateurs. Elle semble ainsi différer essentiellement par ses tremblements et ses contractions en sens divers et plus encore par la dissémination de ses lésions, constatées à l'autopsie. Localisées dans la capsule interne par l'école de la Salpêtrière, elles s'y rencontrent seulement 4 fois sur 78 autopsies et s'y rapportent dans 29 autres par les noyaux gris centraux et les circonvolutions. Elles sont fixées dans l'appareil optostrié dans 50 autres, mais en dehors dans les 28 restantes. Démonstration éclatante qu'elle n'a pas de siège précis. Sa lésion provocatrice est assignée par l'auteur en un point quelconque du faisceau pyramidal, d'après l'étude même des 91 observations qu'il cite dans un tableau synoptique donnant tous les renseignements à l'appui.

Toutes les théories émises à ce sujet avec leurs interprétations sont successivement énumérées, discutées et critiquées. L'incoordination motrice est rapportée à la déséquilibration des muscles antagonistes.

Le diagnostic symptomatique est fait d'après le type des mouvements et le diagnostic anatomique d'après le siège des lésions. Les sédatifs et les excitants formant le traitement n'ont guère d'efficacité, hormis l'aimant, qui a donné des effets très remarquables. (*Revue mens. de méd.*, août et octobre.)

CIRRHOSES. Elles ne doivent plus seulement s'entendre du foie, et l'extension de ce mot à tous les organes parenchymateux commande de les distinguer suivant leur siège et d'après leur fréquence.

Cirrhoses hépatiques. Leur fréquence et leur gravité, autant que leurs variétés, en rendent la division classique en atrophiques et hypertrophiques tout à fait insuffisante, d'autant plus qu'une forme intermédiaire ou mixte les rend souvent douteuses. Ce caractère physique ou macroscopique n'en indique pas d'ailleurs la nature. Elles ne sont pas toujours primitives, idiopathiques, essentielles; au contraire, elles sont souvent secondaires et symptomatiques d'une diathèse qui les domine et en fait toute la gravité.

Le foie atrophique, petit et rétracté de Laennec, cache souvent ainsi une manifestation tertiaire de la syphilis. Lors donc que cet organe est trouvé petit, irrégulier, à bords mousses et plus ou moins bosselés, avec ascite par la gêne circulatoire en résultant et toujours proportionnée à celle-ci, cela ne suffit pas à en indiquer la cause; bien que la cirrhose soit accusée d'ailleurs par le réseau veineux de la paroi abdominale formant un chemin détourné au sang pour rentrer dans la veine cave et qu'il y ait surtout absence d'ictère. Si c'est l'alcoolisme ordinairement, la syphilis peut aussi produire cet état du foie et, à défaut de l'aveu ou du souvenir, il faut en rechercher les cicatrices pour instituer un traitement spécifique. La cirrhose cardiaque par affection mitrale primitive peut aussi le déterminer. C'est donc sur le cœur qu'il faut porter l'oreille, quand l'alcoolisme et la syphilis font défaut pour expliquer la cirrhose.

Dans le foie gros, hypertrophié, la cirrhose est biliaire et il n'y a ni ascite ni circulation complémentaire, mais un ictère constant et souvent très prononcé. Le bruit de galop du cœur en est un autre signe. Le siège du mal est donc ici dans les canalicules biliaires, tandis qu'il est dans les branches d'origine de la veine porte dans l'autre forme. De là leur différence symptomatique. Cette cirrhose peut être secondaire chez les hépatiques atteints de lithiase biliaire. C'est la *cirrhose calculeuse*. La *cirrhose graisseuse* se rencontre de même chez les tuberculeux, comme la *cirrhose amyloïde* chez les sujets qui suppurent depuis longtemps et en abondance. Il y a même une *cirrhose cardiaque* et une *cirrhose paludéenne* à teinte terreuse. Les causes en sont diverses, sans doute, mais produisent une hypertrophie identique du foie par l'embarras des canaux biliaires : aussi l'ictère en est-il le trait commun et distinctif. De la différence de ces caractères et ces symptômes tranchés sont nées les cirrhoses mixtes participant à la fois de ces deux sièges et de leurs symptômes. Telle est la classification. (*Revue méd.*, 16 janvier.)

Ce sujet est tellement à l'ordre du jour que la revue critique s'en impose partout. C'est en l'étendant à toutes les affections du foie, parenchymateuses et paludéennes, et à l'adénome en particulier, pour le différencier du cancer primitif, que M. Hontag s'est encore beaucoup plus étendu sans être plus explicite. Il conclut en montrant que, malgré tant de travaux accumulés depuis une dizaine d'années à peine, bien des lacunes restent à combler sur la pathologie hépatique. L'étude des altérations cellulaires lui semble la meilleure voie à suivre à cet effet. A la transformation fibreuse et épithéliale, il s'agit d'ajouter d'autres métamorphoses. A qui le tour? (*Archiv. de méd.*, avril et mai.)

Dérivation du sang par la veine ombilicale. Son mécanisme a reçu de nouveaux éclaircissements des recherches anatomiques, histologiques et expérimentales du professeur Wertheimer (de Lille) dans la cirrhose atrophique par obstacle circulatoire. Par quelle voie le sang de la veine-porte se déverse-t-il dans le réseau veineux de la paroi abdominale? La persistance de la perméabilité de la veine ombili-

cale, admise par les anatomistes allemands et quelques français, pouvait en rendre compte; son oblitération ayant été rendue évidente par MM. Sappey et Robin, la question restait entière.

Après des observations sur un supplicié de dix-neuf ans et plusieurs cadavres de cirrhotiques adultes, l'examen et l'injection de cette veine chez des nouveau-nés de différents âges, l'auteur s'est assuré de la présence d'un canal plein de sang au centre de la veine ombilicale de l'adulte, comme on l'avait constaté. Un bouchon lamineux obture, en effet, le centre de la veine, mais celui-ci se vascularise à son tour, et l'orifice que l'on y rencontre appartient à une veinule de nouvelle formation. Son diamètre, de un quart ou un cinquième de millimètre chez l'adulte, simule parfaitement la veine ombilicale primitive; l'histologie de ce vaisseau en rend compte ainsi que d'autres adjacents. Elle se jette dans la branche gauche de la veine porte, soit directement, soit par le bout resté perméable de la veine ombilicale. Cette veinule centrale se dilate dans les cas d'obstruction de la veine porte, au point d'acquérir un calibre assez considérable, comme on l'a dit. Elle peut être appelée veine centro-ombilicale, n'étant jamais la veine ombilicale elle-même. Un vaisseau unique remplace, chez le nouveau-né de quelques semaines, le riche réseau vasculaire de la paroi abdominale qui existe chez l'embryon. Il est l'homologue des veines abdominales des batraciens et des reptiles; d'où certaines anomalies de ces veines observées chez l'homme. (*Journ. de l'anat. et la physiol.*, n° 1.)

Cirrhose atrophique des alcooliques. *Ascite.* Celle-ci paraît facilement curable, d'après les faits suivants : Un jardinier de cinquante ans entre à l'hôpital pour une ascite notable. Il est manifestement alcoolique et le diagnostic de cirrhose est porté par M. Troisier. Les urines, rares et foncées, deviennent claires et très abondantes par le régime lacté. L'épanchement diminua rapidement et disparut sans se reproduire depuis.

Deux fois, M. Moutard-Martin a observé la disparition rapide de l'ascite chez des cirrhotiques par les pilules de Bontius.

Chez une cirrhotique avérée, M. Richard avait pratiqué

successivement quatre ponctions à six semaines d'intervalle lorsqu'il apprit, six mois plus tard, qu'elle était complètement guérie. Depuis deux ans, la santé est restée satisfaisante.

Chez un alcoolique avéré avec cirrhose et ascite considérable, M. Féréol pratiqua deux ponctions, sans que le liquide se reproduisît ensuite.

En 1879, M. Legroux a vu un alcoolique avec cirrhose et ascite, dans le service de son père, lequel guérit avec les pilules de Bontius, agissant à plusieurs reprises comme un véritable spécifique. La cirrhose atrophique fut confirmée à l'autopsie trois ans après. Un ancien obèse, alcoolique, diabétique et albuminurique autrefois, soumis à la paracentèse plusieurs fois pour son ascite, en est resté indemne pendant un an par le régime lacté et les purgatifs répétés.

Un homme de quarante ans, alcoolique, atteint de cirrhose atrophique avec ascite considérable, a néanmoins guéri, à deux reprises, pendant trois ou quatre ans, comme le docteur Descouts l'a constaté.

Une cirrhose atrophique avec ascite et œdème, diagnostiquée par M. Siredey, guérit aussi par ce traitement.

Trois faits analogues sont relatés par M. Dieulafoy. L'épanchement disparut en huit à dix jours par un flux diarrhéique spontané très intense et la cirrhose atrophique fut constatée ensuite à l'autopsie. Ce fut par la ponction dans le second, chez un homme alcoolique. De même dans le troisième, l'opéré n'ayant succombé que deux ans plus tard.

L'ascite a disparu chez deux cirrhotiques observés par M. Letulle, par la ponction chez le premier et un purgatif drastique chez le second. Il s'est assuré par l'analyse que la composition de l'épanchement des cirrhotiques est très voisine de l'exsudat péritonitique.

Il semble donc que ces ascites soient le résultat d'une hydropéritonite séreuse subaiguë, comme plusieurs auteurs l'admettent. (*Soc. méd. des hôp.*, 9 et 23 juillet.)

Un homme de trente-huit ans, alcoolique, entre à l'hôpital avec tous les signes d'une cirrhose et ascite, dans le service de M. Dujardin-Beaumetz. Une ponction donne 5 litres de sérosité; l'amélioration fut aussitôt manifeste et le liquide ne se reproduisit pas. Considéré guéri, il sort un

jour, s'enivre et contracte une pneumonie dont il meurt dans le même service. L'autopsie constata une cirrhose classique du foie sans ascite; ce qui montre que la disparition de celle-ci est indépendante de la cirrhose.

Voici la formule de l'hippurate de chaux, préconisé par M. Poulet (de Plancher-les-Mines) contre cette cirrhose :

℞ Acide hippurique	25	grammes
Lait de chaux pour neutraliser	Q. S.	
Eau	500	grammes
Sirop de sucre	600	—
Essence de citron	4	—

Quatre à huit cuillerées par jour.

(*Idem*, 13 août.)

A ces faits de guérison authentique, le docteur Saucerotte (de Lunéville) en ajoute un autre, recueilli et publié par son père en 1851, concernant un capitaine du génie de quarante ans, non alcoolique, reconnu cirrhotique par Fouquier. Son état fut des plus critiques, et après un traitement de quatre mois, il guérit de manière à poursuivre sa carrière, parvint au grade de colonel et prit sa retraite en 1869. Il mourut en 1880, à soixante-onze ans, d'une affection gastro-intestinale compliquée d'ictère. Tout cela pour établir la curabilité de la cirrhose hépatique et ne pas autoriser les praticiens à jeter le manche à la cognée, même dans les cas désespérés en apparence.

Une autre guérison aussi surprenante a été constatée par le docteur Fritz (de l'Isle-Adam). Une ancienne marchande de vin de quarante-trois ans, que son mari avait isolée à la campagne à cause de ses habitudes alcooliques, avait subi deux ponctions à un mois d'intervalle, en juillet et août, ayant donné 27 litres de liquide. L'épanchement se renouvelant et le cas étant désespéré, avec urines rares et maigreur excessive, 1 centigramme de strychnine est donné chaque jour comme tonique, et, de 2 grammes, l'iodure de potassium est élevé à 4. Deux jours après, diurèse très abondante, l'œdème des jambes disparaît, l'ascite diminue, l'appétit se réveille et, en un mois, la malade était absolument guérie. Depuis lors, elle jouit d'une santé excellente, l'embonpoint est revenu, la malade ayant renoncé à ses mauvaises habitudes. (*Gaz. hebd.*, nos 34 et 36.)

M. Hanot a observé aussi 4 cas de guérison d'ascite coïncidant avec la cirrhose alcoolique, dont trois après plusieurs ponctions et un spontanément. Ce dernier est relaté *in extenso* dans la thèse suivante : *Contribution à l'étude de la pathogénie de l'ascite et de la curabilité de celle-ci, dans la cirrhose alcoolique du foie au début*, par M. Courtray de Pradel. Paris, juillet. La question dans tous ces cas est de savoir si la cirrhose a guéri en même temps que l'ascite, la preuve anatomique n'ayant pu être donnée, sinon par M. Dieulafoy qui en a signalé deux exemples probants.

En voici un troisième, recueilli dans son service à l'hôpital Tenon, chez un palefrenier de cinquante-trois ans, alcoolique. Au début du mal, douleurs articulaires suivies d'une teinte subictérique après deux ans. Ces douleurs reparaissent à l'hôpital; absence d'albumine et de sucre dans les urines; ventre ballonné sans ascite. L'état s'aggravant, la mort arrive un mois après l'entrée, sans que le diagnostic de cirrhose ait été posé par le défaut même de signes cliniques. A l'autopsie seulement et par l'examen histologique du foie, pesant 1250 grammes, on constate une cirrhose typique. Les bandelettes fibreuses rayonnant des espaces portes aux veines sus-hépatiques sont nettement accusées, sans avoir la largeur ni la trame serrée des tractus observés sur les coupes provenant de cirrhoses probablement plus anciennes. (*Archiv. de méd.*, novembre.)

Marche rapide. Un homme de cinquante-deux ans, entré à la Charité, service de M. Féréol, le 23 février, est mort un mois après de cirrhose atrophique, comme l'autopsie l'a démontré. Alcoolique dès sa jeunesse, ce garçon de café faisait sa ration quotidienne de 50 à 60 consommations dont quelquefois 25 absinthes. Il avait remarqué de la gêne à la ceinture dans ses habits depuis un mois, en même temps que des douleurs du côté droit. Son ventre, très gros, décelait facilement l'ascite avec dilatation des veines abdominales. Foie très diminué, mesurant à peine trois travers de doigt; jamais d'ictère; rien au cœur.

Au commencement de mars, il se plaint de douleurs sciatiques avec vomissements; l'ictère apparaît aussitôt, puis les épistaxis, l'œdème et la mort arrive dans le délire le 25 mars. Ce cas est très remarquable par sa rapidité et

mérite de prendre place à côté de ceux cités par M. Hanot en 1882. (*Tribune méd.*, 30 mai.)

Cirrhose pulmonaire. Un cas, soi-disant unique, en a été observé sur le vivant et constaté à l'autopsie par le docteur W. Mac Collom, assisté du professeur Flint. Une dyspnée progressive et des râles sous-crépitants des deux côtés étaient les seuls signes physiques, pendant la vie. Un observateur diagnostiqua des adhérences pleurétiques étendues et M. Flint affirma une maladie des reins que l'examen de l'urine démentit aussitôt.

L'autopsie montra les reins normaux ainsi que le foie à peine graisseux. Deux onces de liquide étaient dans le péricarde, le ventricule droit était un peu dilaté, sans rien autre d'anormal au cœur. Les deux poumons, d'un gris noirâtre ou brunâtre, surnageaient dans l'eau ; le parenchyme en était dur et dense, criant sous le couteau. Aucune trace de pneumonie aiguë ni de cavernes. Deux légères adhérences anciennes existaient au sommet. (*New-York med. Association.*)

Il doit exister une grande ressemblance entre cette cirrhose et la sclérose pulmonaire que M. H. Martin tend à édifier sur sa théorie de l'endartérite oblitérante progressive, d'après les observations faites par M. Ducastel. (Voy. *année* 1884.) Cette parenté existe d'autant plus que ce dernier ne parle pas plus de l'état des vaisseaux et surtout des artères bronchiques ni des veines péri-lobulaires que dans la description précédente. La sclérose, comme la cirrhose pulmonaire, n'est donc établie jusqu'ici que sur l'apparence macroscopique de l'organe vu à l'œil nu et non à ces examens microscopiques et histologiques qui les caractérisent pour les nouveaux anatomo-pathologistes, concluant des organes parenchymateux entre eux par simple induction. (Voy. *Pathogénie des scléroses dystrophiques*, in *Rev. mens. de méd.*, janvier, p. 20.)

CLAUDICATION INTERMITTENTE. C'est plutôt le signe prémonitoire de la maladie nouvelle observée par M. Terrillon que la maladie elle-même. Elle a été étudiée primitivement chez le cheval en 1831, et c'est par imitation que le nom en a été donné à quelques cas rares constatés

chez l'homme. Quatre exemples seulement en ont été relatés en 1873 par le docteur Sabourin dans sa thèse inaugurale. Voici le cinquième.

Un homme de vingt-sept ans, alcoolique, est admis à la Salpêtrière le 9 octobre 1885, dans le service de M. Charcot. Depuis trois mois, il éprouvait des douleurs vives dans le pied gauche rendant la marche douloureuse. En survenant brusquement dans le mollet, elles l'obligeaient à boiter ou à s'arrêter; cessant par le repos, elles recommençaient par la même cause, allant sans cesse en augmentant, au point de ne permettre que quelques pas. Tout le membre devint ainsi douloureux, malgré la coloration normale du pied, sensiblement plus froid que le droit, quoique donnant la sensation d'une brûlure. Il devint bientôt inerte, et une ulcération noirâtre apparut sur les deux derniers orteils le 25 septembre.

A l'examen, œdème marqué jusqu'au milieu de la jambe, rouge, violacée, la peau sèche et ridée avec des veines dilatées noirâtres. Tout le pied est froid, avec fourmillements intenses intolérables. Eschare étendue à pourtour bleuâtre, à la partie externe du cinquième orteil, avec infiltration gazeuse et liquide séro-sanguinolent. Sensibilité générale diminuée, battements de la pédieuse presque insensibles.

Deux jours après, l'eschare tombe avec excavation noirâtre. Le pied se cyanose et devient livide; augmentation des douleurs et de l'engourdissement avec crampes douloureuses empêchant le sommeil. Les battements artériels diminuent en hauteur avec gangrène des orteils. Le 25 novembre, l'artère poplitée est imperceptible; sphacèle sur le dos du pied. Huit jours plus tard, une eschare paraît au talon, avec fièvre, prostration, inappétence, insomnie. La gangrène monte jusqu'au tiers inférieur de la jambe, en produisant au-dessous des ulcérations profondes. L'amputation devenait nécessaire, et, le malade l'acceptant, elle est pratiquée le 28 janvier, au lieu d'élection.

Aucun vaisseau ne donne du sang en enlevant la bande d'Esmarch. Réunion de la plaie avec pansement antiseptique. La cicatrisation se fait en six semaines, sans incident. Une phlyctène placée au-dessus s'efface même, et l'opéré marche avec des béquilles le 1er avril et sort de l'hôpital le 8 mai avec un embonpoint satisfaisant, toute douleur ayant

disparu, quoique l'artère crurale soit diminuée de volume et que la poplitée ne batte plus.

L'altération artérielle est bien évidente, et la gangrène en paraît la conséquence. Pourtant on ne peut dire qu'elle résulte d'un rétrécissement qui n'a été constaté ni sur le cheval, ni sur l'homme. (*Soc. de chir.*, 9 juin, et *Revue mens. de chir.*, n° 10.)

A ce fait est venu s'en joindre un semblable, observé par M. Le Dentu dans son service, chez un homme de trente-trois ans, pris en 1883 de douleurs violentes dans le membre inférieur gauche. Les orteils, le pied étant bientôt envahis par la gangrène, l'amputation fut pratiquée par le docteur Reynier et la cicatrisation mit un an à se faire.

En octobre 1885, les mêmes accidents ont reparu dans le membre inférieur droit; le gros orteil est tombé par la gangrène, et les pulsations des diverses artères continuent à diminuer, aussi bien aux membres supérieurs qu'à l'inférieur; rien au cœur, sinon son petit volume à la percussion; l'athérome est imperceptible. La pathogénie est donc inconnue, Maurice Raynaud ne citant aucun fait analogue dans ses études de la gangrène symétrique des extrémités. (*Soc. de chir.*, 26 juin.)

Claudication douloureuse. Les enfants boitent souvent en marchant, sans dire pourquoi, par suite d'une douleur sourde qu'ils éprouvent en marchant uniformément. D'après le docteur Broussole, ils font reposer le moins possible le poids du corps sur le membre douloureux, en s'appuyant de préférence du côté sain. L'empreinte des pas faite sur le papier est beaucoup plus prononcée, accusée, de ce côté. En jouant pieds nus sur le sable, au bord de la mer, ils laissent aussi des traces plus nettes et profondes que du côté malade, comme les parents peuvent l'observer.

De plus, la longueur du pas est sensiblement plus étendue du côté sain, l'extension se faisant incomplètement du côté où le moindre mouvement est douloureux. Si la douleur est très forte, le pied sain est rapproché instinctivement de l'autre dès qu'il est un peu avancé, par la douleur résultant de la pression. C'est le même phénomème en montant un escalier : le pied sain fait toujours le premier effort pour arriver à la marche supérieure, et la jambe malade est sim-

plement rapportée à côté de l'autre, à défaut de pouvoir progresser quand le corps repose sur elle.

On peut surtout reconnaître le pied douloureux à la marche. Il suffit d'observer de quel pied le malade part, c'est toujours du membre malade. Ce moyen de diagnostic est très utile chez les jeunes enfants qui boitent sans accuser le point précis de la douleur au début du mal, ne se traduisant encore que par la faiblesse du membre. (*Thèse inaugurale*, Paris.)

CLIMATOTHÉRAPIE, par le docteur H. Weber; traduit de l'allemand par les docteurs A. Doyon et P. Spillmann; un vol. in-8° de 303 pages. Paris, *librairie F. Alcan.*

Le titre absolu, général, universel de ce livre, présentant un si petit volume, demande à être expliqué. Annoncer cette traduction française en quatre lignes, comme la plupart des journaux, ne peut le faire comprendre et cela semble une énigme. Sans l'analyser, on peut dire que cet ouvrage, par ses divisions, son caractère, sa distinction, justifie son titre. Sa publication en allemand est due à un médecin dont le nom est beaucoup plus connu et célèbre en Angleterre qu'en Allemagne. Établi à Londres depuis longtemps, il s'est créé une véritable spécialité de consultant des climats chez ce peuple éminemment voyageur et cosmopolite. A chaque renouvellement de saison, une foule empressée afflue chez lui pour lui demander, au printemps, le séjour alpestre à choisir pour l'été et s'enquérir, à l'automne, de la station à préférer pour passer l'hiver. De là l'universalité de ses connaissances climatériques pour répondre à ces questions et en retour les renseignements qu'il obtient d'après les résultats acquis.

Ce livre est donc pour les médecins, comme l'auteur est pour ses consultants valétudinaires ou malades, un recueil de renseignements précis, d'indications positives sur les différents climats du monde entier. On dirait que l'auteur en a fait le tour pour les explorer et les connaître. Leurs ressources, avantages et inconvénients, leurs dangers même, avec leurs similaires ici et là sont indiqués. Ceux des côtes, des plaines et des montagnes s'y trouvent classés par ordre, suivant leurs analogies, en s'appuyant de préférence sur ceux d'Europe, comme étant les mieux connus et les plus fré-

quentés; ceux des Andes et des Cordillères y sont décrits, comme ceux des Alpes et des Pyrénées. Si ceux de la Suisse et de la Forêt Noire sont énumérés avec complaisance, ceux des Vosges ne sont pas oubliés, et c'est vraiment merveille de voir les moindres coins indiqués ici comme les lieux les plus éloignés d'Afrique, d'Asie et même d'Amérique. L'Anglais, allant et se trouvant partout, découvre aussi les endroits favorables les plus cachés et ignorés, jusqu'au Cap et dans l'Océanie. Ce ne sont là, sans doute, que les lieux les plus célèbres et les plus connus, car les découvertes faites à ce sujet par les Yankees, aussi voyageurs que leurs cousins, dans leurs nouvelles possessions mexicaines, notamment en Californie, ne sont pas indiquées. Et il y a là de véritables Eden, Santa-Cruz, Santa-Barbara par exemple, et bien d'autres lieux favorisés, choisis par les Jésuites pour établir leurs missions.

La division de l'ouvrage en trois parties a surtout permis de concentrer cette immense quantité de matériaux dans un si petit volume. Après avoir rappelé sommairement, dans la première, les principales notions météorologiques, la composition de l'air, sa pression et sa densité, sa température, sa distribution géographique, la chaleur et l'humidité sous les différentes régions, la lumière et l'électricité et leur influence diverse sur les organes suivant leur variation, l'auteur, ayant ainsi établi les conditions même des climats, passe à leur étude distincte et séparée, d'après leur division en deux grandes classes :

I. Climats insulaires, côtiers et maritimes, distingués suivant leur humidité très élevée, moyenne et modérée, et divisés en chauds, frais et secs ;

II. Climats de pays plats éloignés de la mer, et subdivisés, suivant leur élévation, en climats de plaines et de montagnes, en chauds et secs.

Loin d'être théorique, comme dans beaucoup de livres, cette distinction repose essentiellement sur autant de nombreux exemples, cités avec noms, faits et preuves à l'appui. Si une simple énonciation, une énumération se rencontre parfois, des citations authentiques, des statistiques de malades en ayant éprouvé les effets, souvent envoyés par l'auteur, en sont la consécration. Les détails, les développements manquent sans doute par la concision même de

l'ouvrage; la bibliographie française fait surtout à peu près défaut, et l'ouvrage de Carrière sur les climats d'Italie n'est même pas cité. Mais le fait avancé est toujours précis, positif et corroboré par des chiffres. Calquée sur la réalité, cette division s'impose donc pour la pratique et servira très utilement à éclairer et à guider les médecins dans leur choix d'une station climatérique.

Le fond même de l'ouvrage, et qui en occupe presque les deux tiers, se termine par le mode d'emploi des sanatoria, pour le traitement préservatif et curatif des états morbides nombreux qui en réclament l'usage. Les affections thoraciques sont principalement visées, et plusieurs autres maladies chroniques ou diathèses comme la scrofule, le rhumatisme et la goutte notamment. Cette troisième partie se termine par la *climatothérapie* dans le pays natal. C'est aux médecins français d'en profiter.

COCAÏNE. *Dangers*. Elle a été adoptée et mise en usage avec tant d'enthousiasme que l'abus a suivi de près. Après ses effets analgésiques, anesthésiques même, on reconnaît trop tard ses propriétés toxiques. Son action paralysante sur les reins, constatée expérimentalement sur les chiens par Bignon, est une indication de n'en pas abuser. Heureusement, son élimination rapide met à l'abri de ces accidents. (*Bull. de thérap.*, juillet.)

Un empoisonnement en est relaté chez une femme de vingt-huit ans, enceinte de sept mois. L'injection de deux gouttes d'une solution à 20 p. 100 suffit à procurer une anesthésie pour l'avulsion d'une dent. Aussitôt après, le regard devint fixe, la femme perdit connaissance, et resta une demi-heure dans cet état, sans pouvoir l'en tirer par les injections d'éther. Respiration tranquille, pouls régulier, à 86; yeux ouverts et fixes, pupilles un peu dilatées, abolition des réflexes conjonctivaux. Le nitrite d'amyle, inhalé sur l'ordre du docteur Schilling, la réveilla en une seconde. (*Idem*, page 520, et *Gaz. méd. de Paris*, n° 17.)

Des pulvérisations cocaïnées, faites pour l'extraction de polypes muqueux des narines, chez une femme de cinquante-six ans, amenèrent un spasme laryngé intense dissipé seulement par le chloroforme. Le nervosisme exagéré de la malade en était la cause, suivant M. de Havilland-Hall. (*Lancet*, n° 21.)

Des inconvénients assez graves en sont aussi signalés par M. Javal dans la thérapeutique oculaire. Il résulte de plusieurs observations que l'état glaucomateux en reçoit surtout une fâcheuse influence. Les accidents en ont été heureusement modifiés et entravés par l'éserine. (*Soc. de biol.*)

Les injections de morphine sont aussi employées en pareil cas, de même que celles de cocaïne sont pratiquées avec succès contre le morphianisme, dont elles sont l'antidote. Celles de strychnine ont aussi été employées. Il pourrait donc y avoir réciprocité de ces divers agents contre la cocaïne.

Ces accidents n'ont rien d'étonnant avec l'abus qui est fait de cet agent comme analgésiant, sinon anesthésique local, en obstétrique et gynécologie. Le professeur Amann dit employer depuis un an des solutions de 5 à 10 p. 100 d'hydrochlorate de cocaïne en badigeonnage sur toute la muqueuse vaginale. 2 à 4 grammes sont ainsi employés toutes les cinq à six minutes contre l'hyperesthésie et l'inflammation de cette membrane rendant le coït difficile et même l'application du spéculum. Le prurit en a aussi été combattu en imbibant des tampons de coton, sans soulagement marqué, non plus que pour l'excision d'excroissances. L'uréthrite en est améliorée avec une solution à 10 p. 100 sur le méat. Il en est de même du cathétérisme. Les érosions du col et l'endométrite cervicale avec contracture et dysménorrhée ont été aussi traitées de la même manière. En s'accumulant dans l'organisme, l'absorption de ce médicament doit donc fatalement amener des accidents, surtout chez certaines femmes. Le cas suivant en montre le danger d'une manière dramatique.

Le professeur Kolomnine (de Saint-Pétersbourg) ayant à pratiquer l'excision d'une ulcération tuberculeuse du rectum chez une femme, désireux de diminuer la douleur en résultant, s'assura que l'anesthésie locale pouvait être obtenue avec une quantité variant de 6 à 96 grains. Un chirurgien français, en pareil cas, en avait employé 48. Il en appliqua la moitié seulement en onctions dans le rectum. Une demi-heure après l'opération, les symptômes d'empoisonnement éclatèrent, et, malgré l'administration du nitrite d'amyle, des injections d'éther, de l'oxygène et la respiration artificielle, la mort s'ensuivit. Elle en entraîna bientôt une autre. Frappé du sentiment exagéré de sa

responsabilité, et se considérant comme l'auteur involontaire de cette mort, le chirurgien russe se suicida, le 23 novembre, d'un coup de revolver.

Il ne s'agit donc plus d'essayer l'anesthésie dentaire avec la cocaïne, comme M. Georges Vian la préconise par son association avec l'acide phénique. 5 centigrammes d'hydrochlorate avec dix gouttes d'eau, injectés au siège même de la dent malade, préviendraient toute douleur en trois minutes. Si peu nocif que soit ce mélange, il est préférable de supporter une douleur instantanée, si vive soit-elle, que d'encourir la mort comme avec le chloroforme.

Avantages. Un tampon imbibé d'une solution de cocaïne à 20 p. 100, appliqué pendant 20 minutes environ sur une rupture du périnée, a servi à pratiquer la suture sans aucune douleur. La circoncision a pu être exécutée de même chez l'enfant. (*Lancet*, 8 mai, p. 899.)

Elle est préconisée contre la sténocardie ou angine cardiaque par le professeur Laschkevitch (de Kharkow). Chez un malade de trente-cinq ans, souffrant d'insuffisance valvulaire aortique avec hypertrophie cardiaque et légère dilatation de la partie ascendante de l'aorte, il a suffi d'un demi-grain de cocaïne trois fois par jour pour éloigner les accès d'abord, en diminuer la durée, puis les faire cesser. Les accès de l'angor pectoris se répétant huit fois et plus par jour, à propos de mouvements et d'excitation psychique, disparurent aussi.

Trois autres exemples analogues eurent le même succès, avec un effet immédiat. L'inhalation de l'oxygène, combiné avec l'emploi interne de la cocaïne, remplit au mieux le problème thérapeutique : supprimer l'accès et l'empêcher de reparaître. (*Revue mens. de médecine*, août.)

Contre une grave inflammation phlegmoneuse du pharynx, déterminant l'asphyxie malgré le chlorate de potasse, l'acide salicylique, la quinine et la glace, le docteur Kurz badigeonna le pharynx avec une solution de 4 p. 100 de cocaïne. Le vomissement s'ensuivit et le badigeonnage, renouvelé cinq minutes après, fut sans action réflexe. Après deux autres applications, les symptômes locaux disparurent magiquement et le malade guérit après la pulvérisation d'une solution de résorcine à 2 p. 100. (*Abeille méd.*)

L'emploi du chloroforme constituant une complication dans la staphylorrhaphie, le docteur Ehrmann (de Mulhouse) le remplace par l'usage local de la cocaïne. Un badigeonnage au 10e, pratiqué peu d'instants avant l'opération à deux ou trois reprises, insensibilise suffisamment l'arrière-gorge pour que l'avivement et la suture ne déterminent, même chez les enfants de six à sept ans, qu'une douleur toujours très supportable et insignifiante. On a ainsi l'avantage de pouvoir opérer en asseyant le malade placé de face, ce qui facilite l'opération. 5 cas de staphylorrhaphie partielle, opérés dans ces conditions, sont rapportés à l'appui. (*Acad. de méd.*, 26 octobre.)

Cocaïne artificielle. Merck paraît l'avoir préparée par synthèse en traitant l'ecgonine benzoïque avec l'iodure de méthyle en léger excès, en présence de l'alcool méthylique à 100° C. La chaleur fait dégager l'excès d'iodure et d'alcool méthylique, et un liquide sirupeux en résulte. C'est le méthylecgonine benzoïque ou cocaïne. Il entre en ébullition à 90° comme son prototype, et en possède toutes les réactions. (*London med. Record*, 15 mars.)

Son altération facile en présence de l'hygrine et de l'ecgonine doit en faire essayer la pureté. Il suffit de traiter le chlorhydrate à froid par de l'acide sulfurique concentré. La solution complètement incolore est la preuve de sa pureté; l'altération par la présence des alcaloïdes précités est décelée par sa coloration. (*Pharm. Weekblad.*)

COEUR. *Ataxie paralytique d'origine bulbaire.* L'organisme étant frappé d'une manière habituelle par des causes puissantes, frayeurs et excès vénériens en particulier, entre quarante-cinq et soixante ans, on voit se développer, dit le professeur Semmola, outre l'ébranlement du système nerveux, des troubles fonctionnels de l'estomac et du cœur. L'affaiblissement de la systole cardiaque avec accélération des battements en est le prélude dans ce dernier. Les accidents peuvent s'améliorer et cesser si la cause disparaît. Si elle persiste, au contraire, surviennent des accès de palpitations et de dysystolie; troubles de la respiration; état dyspnoïque après chaque coït; coloration marbrée, sans œdème des extrémités, sur les articulations des doigts et

des genoux en particulier; anxiété respiratoire à la moindre fatigue; accès de suffocation au lit; enfin l'œdème survient avec le syndrome le plus grave des affections organiques du cœur non compensé. (*Acad. des sc.*, 7 septembre.)

Modalités du bruit de galop. Il résulte de quatre observations prises sur des vieillards par le docteur Cuffer et son interne Guinon que, dans l'hypertrophie du cœur d'origine rénale, il subit des modifications par suite de l'âge et suivant la forme de l'hypertrophie. Si elle est concentrique, le bruit de galop simule un dédoublement du second bruit du cœur, et, si elle est excentrique, le bruit surajouté se rapproche beaucoup plus du premier bruit. Un souffle systolique passager d'insuffisance mitrale peut même apparaître dans ce dernier cas, comme indice certain de la dilatation elle-même. (*Revue mens. de méd.*, juillet.)

Réflexes cardio-vasculaires. Depuis que le professeur Potain a appelé l'attention sur les synergies morbides, plusieurs observations particulières sont venues appuyer et confirmer ses interprétations. L'influence des affections biliaires a surtout été mise en évidence par une excitation réflexe qui, des voies digestives, aboutit aux poumons, dont elle entretient les capillaires en contraction spasmodique. La tension exagérée tout à coup dans l'artère pulmonaire, le ventricule droit, obligé de lutter en aval contre cet obstacle, se dilate d'abord et s'hypertrophie ensuite. Telle est l'interprétation donnée à ce phénomène par le docteur Barié, d'après les expériences faites à Lyon par MM. Arloing et Morel. Celles de MM. Regnard et Loye, exécutées l'an dernier sur un supplicié, moins d'une minute après la décollation, en montrant l'influence manifeste de l'excitation des nerfs vagues sur la contractilité pulmonaire, ont encore fortifié ces conclusions.

Voici trois observations cliniques recueillies par le docteur Coignard à ce sujet.

Une dame de quarante ans, ayant eu des coliques hépatiques un an auparavant, souffre constamment de pesanteurs à l'épigastre, avec dyspnée, palpitations, insomnie. Rien d'appréciable au foie. Battements violents et tumultueux du cœur, sans souffle. La dilatation de l'estomac fut exclu-

sivement traitée, et, un mois après, les accidents cardiaques étaient disparus.

Un homme grand et vigoureux de quarante-sept ans, à la peau jaune brun, avait des coliques hépatiques depuis quatre à cinq ans. Le foie augmentait de volume et coïncidait avec le glouglou stomacal. Souffle très doux de l'appendice xyphoïde à la base du cœur, sans palpitations ni claquements. Un mois de traitement de la lithiase biliaire suffit à faire disparaître le bruit de souffle; il en fallut cinq à six pour améliorer l'état général.

Un homme de cinquante-trois ans, grand et très robuste en apparence, avait eu des coliques hépatiques si violentes à vingt-deux ans qu'on l'envoya à Vichy deux années de suite. Quoique vivant au grand air, il a continué à souffrir du côté des voies digestives. Inappétence absolue et insomnie depuis huit mois. Il est réveillé par de violentes palpitations; le cœur et le pouls s'arrêtent. Intermittence fréquente à l'auscultation; rythme particulier à la base; bruit fort, suivi d'un plus faible, court, et d'un troisième, éclatant et prolongé, avec silence ensuite correspondant à l'arrêt du pouls. Absence de souffle. Hypertrophie légère; foie débordant les côtes. Mort d'asystolie avec anasarque sept mois après cet examen.

C'est donc en traitant la lithiase biliaire et la nutrition déviée que l'on peut guérir ces troubles cardiaques et prévenir les lésions organiques. (*Soc. de méd. de Paris*, 27 février, et *Revue méd.*, 27 mars.)

Rétrécissement mitral pur. Il a été rencontré par le docteur Durosiez chez une femme de vingt-huit ans, ayant eu trois grossesses en quatre ans, sans avoir présenté aucune trace de maladie de cœur. Enfant, elle n'a pu jamais courir ni sauter à la corde, elle était toujours essoufflée. Elle avait des épistaxis consécutives et graves, et n'a été réglée qu'à seize ans et demi. Fièvre typhoïde à dix-sept, jamais de rhumatisme. Mais à la suite de sa dernière grossesse gémellaire, il y a eu anasarque et pleurésie; elle a été cinq mois malade, sans qu'aucun médecin ait jamais mis l'oreille sur son cœur, suivant son affirmation.

A son aspect un peu anémique et en recherchant les mouvements et les bruits chlorotiques, M. Durosiez trouva le

cœur petit avec un pouls veineux présystolique. Le coup de râpe présystolique est très manifeste avec premier claquement net sans être éclatant. Il y a dédoublement du deuxième claquement et le bruit de roulement du deuxième temps. Pouls régulier, sans aucune indication.

L'enseignement de ce fait serait de noter l'état du cœur chez les enfants ne pouvant ni courir ni sauter à la corde, et qui en sont de suite essoufflés. On saurait par là combien sont atteints de lésions cardiaques ou combien en auront plus tard. (*Tribune méd.*, 20 juin.) Voy. CHLORO-ANÉMIE.

Cardiopathies artérielles. Elles sont distinguées par M. Huchard des cardiopathies rhumatismales comme tenant à une artério-sclérose plus ou moins généralisée. C'est des vaisseaux que partent toutes les lésions du myocarde et des valvules dans celle-ci ; tandis que c'est de la valvule que partent toutes les lésions de celles-là. Ce n'est donc pas d'une simple affection cardiaque qu'il s'agit, mais d'une maladie générale des artères aboutissant au cœur. De là le traitement spécial à instituer de bonne heure pour l'atteindre avec succès, c'est-à-dire lorsque l'artério-sclérose est encore à sa période vasculaire.

Latentes dans leur évolution, ces cardiopathies sont insidieuses dans leur début, accidentées ou saccadées dans leurs allures, paroxystiques dans leur marche, soudaines et brutales dans leurs explosions asystoliques. La cardiopathie de la ménopause est ainsi artérielle et susceptible du même traitement. Si l'iodure de potassium peut amener la guérison de gros anévrismes, à plus forte raison doit-il agir sur des lésions moins accentuées et étendues des vaisseaux sur lesquels son action est élective. Mais cet iodure a une action toxique sur le cœur et l'économie tout entière; l'iodure de sodium, 42 fois moins toxique, dont les avantages sont les mêmes et offrant moins de dangers dans tous les cas où la médication iodurée doit être continuée longtemps, est donc préférable. (*Association française*, août.)

Emploi du cardiographe. Son utilité est révoquée en doute en Angleterre pour le diagnostic des affections du cœur. Après avoir relevé environ 500 tracés, M. Money n'en a

fait aucun usage en les considérant sans valeur au point de vue du diagnostic. Si l'instrument de Pond donne quelques renseignements utiles sur l'état du muscle cardiaque, le stéthoscope lui est encore préférable. Malgré les avantages que celui de Burdon-Sanderson a pour mesurer la durée de la systole, d'après M. Chapman, M. Broadbent donne la préférence au stéthoscope à ce sujet. Cette durée dépend en partie de la pression du sang dans les artères. Dans la scarlatine et le mal de Bright aigu, la durée de la systole peut être égale et même supérieure à celle de la diastole, si la pression du pouls augmente. L'anomalie de ces deux bruits se succédant très rapidement, comme dans la diphtérite, indique l'épuisement du muscle cardiaque. Elle se rencontre aussi dans la dilatation, lorsque la contraction ventriculaire n'arrive pas à vaincre la tension du sang dans les artères. Le cardiographe est impuissant à distinguer ces effets. (*Royal med. and chir. Society.*)

COQUELUCHE. Aucune maladie n'a peut-être fait proposer autant de remèdes pour la guérir, et, malgré leur insuccès constant, au moins comme spécifique, on ne se lasse pas d'en chercher de nouveaux en les variant suivant les doctrines en vigueur. L'infection, le microbisme ou parasitisme, les réflexes et les névroses nasales ont été tour à tour ainsi mis en avant pour instituer de nouvelles médications dont voici les plus recommandables.

Sulfate de quinine. Il est administré par le docteur Sauerhering avec un succès presque constant aux doses suivantes : 4 à 7 centigrammes pour les nourrissons, 7 à 10 dans la deuxième année, 10 à 15 dans les deux suivantes, puis de 15 à 20 et de 20 à 25 jusqu'à huit ans (50 centigrammes aux adultes). Une dose est donnée le soir et trois ensuite chaque jour pendant les huit jours suivants, avec un repos d'autant. On continue ainsi alternativement à trois reprises différentes, soit 30 doses en seize jours. La coqueluche est alors généralement guérie, et ce n'est que par exception qu'il faut continuer une quatrième série.

Les vomissements cessent souvent dès la première série ; dans la deuxième, les quintes sont diminuées de moitié et les vomissements disparaissent ensuite. Il faut donc conti-

nuer la médication avec persévérance jusqu'à la fin. (*Bull. de thérap.*, octobre 1885.)

En attribuant un rôle prépondérant à l'état de la muqueuse des arrière-cavités des fosses nasales, qui peut être à la fois inflammatoire, spasmodique, épidémique, contagieux et transmissible, les médicaments calmants, antispasmodiques ou antiseptiques ont été administrés par insufflation dans le nez. Après le docteur Guerder, paraissant avoir inauguré cette méthode, Michael (de Hambourg) employa le sulfate de quinine en insufflations nasales. Le mélange qui a donné les meilleurs résultats se compose de chlorhydrate de quinine avec un tiers d'acide benzoïque et benjoin. 55 cas ainsi traités ont donné 43 guérisons dès les premiers jours, soit 8 en trois jours, 10 en une semaine et 6 au bout d'un mois. Des complications ont retardé la guérison ou amené la mort des autres. Dans 19 seulement, les insufflations furent continuées jusqu'à guérison complète. Chez un enfant de dix mois, atteint depuis six semaines et ayant trente quintes par jour, celles-ci disparurent en soixante-douze heures. Une fillette de quatre ans ayant une coqueluche de quatre mois avec dix accès par jour, malgré la morphine, fut guérie après six insufflations.

Le médecin doit s'astreindre à faire lui-même l'insufflation ou s'assurer qu'elle est pratiquée convenablement. Un tube de verre suffit, mais le pulvérisateur Galante est préférable. Une seule insufflation par jour est nécessaire. (*Deutsch med. Woch.*, n° 5.)

Le chlorhydrate de quinine, mélangé à la gomme arabique dans la proportion de 3 : 1, est employé par J. Bachem. 20 centigrammes de ce mélange sont insufflés dans le nez ou prisés, matin et soir. 16 coquelucheux ainsi traités ont guéri en trois semaines, les cas les plus graves en un mois, comme il en donne des exemples. (*Centralblatt fur klin. medic.*, n° 24.)

Inhalations d'essence de térébenthine. Après MM. Baréty et Gueneau de Mussy, ce procédé a été employé par le docteur Bodier chez 20 malades qui ont guéri en quelques jours. 15 grammes de térébenthine rectifiée, avec ou sans benjoin, sont mis dans la bouillotte d'une veilleuse près du lit du malade pendant la nuit. En quatre à huit jours, la

coqueluche diminue des trois quarts; après quatre jours seulement, une enfant n'a eu que deux quintes pendant son voyage de Besançon à Lyon, et elles sont tombées, chez une autre, de huit à deux. C'est donc un moyen à essayer. Il a même suffi, dans un cas, de frotter la poitrine et les bras avec l'essence pour que l'enfant guérît. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, avril.)

Résorcine. Le docteur W. Barlow confirme les bons effets obtenus avec ce moyen, tel qu'il a été employé primitivement par le docteur Moncorvo. (Voy. *année* 1885.) 50 cas d'enfants de quelques mois à six ou sept ans au plus sont relatés comme étant guéris, à l'exception de 4 qui n'ont pu être suivis. La cocaïne a été préalablement employée comme analgésiant, et le traitement n'a duré que peu de jours, malgré le grand nombre d'accès au début, dans quelques cas, et les complications existantes. Ce médicament semble donc devoir être préféré à tous les autres. (*Lancet*, mai.)

L'*oxymel scillitique* est le meilleur moyen pour M. Netter. Il doit être administré en nature, sans excipient, car il exagère ainsi les sécrétions trachéo-bronchiques. La dose chez le nourrisson est de 20 à 60 gouttes dans les vingt-quatre heures entre les tétées. A deux ans, 4 à 5 cuillerées à café de cinq en cinq minutes; après trois ans, 6 à 7, et 8 à 9 chez l'adulte en l'espace d'une heure et à jeun. Trois à quatre jours suffisent pour changer les accès. La toux très grasse exige un vomitif chez les enfants. La maladie cesse en huit jours et même moins parfois. (*Association française*, 12 août.)

CRÂNE. *Déformation professionnelle*. Un épaississement localisé au sommet de la table externe de l'os a été rencontré par M. Poncet, de Lyon, sur le crâne d'un scieur de long. Il résulte d'une périostite provoquée par la manœuvre habituelle à ces ouvriers, placés au-dessous de la pièce de bois, qui font progresser la poutre en la soulevant avec la tête et les deux mains. Elle a ainsi un intérêt médico-légal dans la recherche de l'identité et le diagnostic différentiel avec les

périostoses syphilitiques et autres. (*Soc. de chir. et de biol.*, décembre 1885.)

Différences entre les sexes. Voici, d'après les 347 observations faites par Broca, les résultats collectés par M. Rey :

	HOMME	FEMME
	—	—
Lobes frontaux.....	1 : : 2° 33	1 : : 2°32
— occipitaux.....	1 : : 10.66	1 : : 9.88
Régions pariéto-temporales.....	1 : : 2.12	1 : : 2.13

Le lobe frontal gauche est plus élevé que le droit chez l'homme. Ils acquièrent leur plus grand développement à trente-cinq ans, tandis qu'ils ont peu de différences entre vingt-cinq et trente-cinq chez la femme.

La diminution dans la vieillesse est surtout perceptible entre les régions pariéto-temporales beaucoup plus qu'entre les lobes. Elle est surtout apparente chez la femme. D'où il suit que si c'est à l'âge adulte que s'observent les plus larges lobes frontaux chez l'homme, ce rapport n'existe chez la femme que dans la vieillesse. (*Revue scientifique*, 30 janvier.)

Ablation des lobes cérébraux chez les poissons osseux. Amené à répéter l'expérience de M. I. Steiner, le professeur Vulpian en a vérifié et confirmé les résultats chez une carpe ayant subi cette ablation le 18 mars et morte le 27 septembre. Durant cet intervalle, la carpe offrait les mêmes allures que les carpes saines, et ses mouvements respiratoires étaient tout à fait normaux. Elle voyait les obstacles et savait les éviter. Elle voyait aussi les morceaux d'albumine cuite et de jaune d'œuf cuit qu'on laissait tomber au fond de l'eau; elle allait les saisir et les avalait facilement, un peu moins que les carpes saines, car elle était souvent forcée d'exécuter plusieurs mouvements de déglutition avant de réussir à les avaler, lorsqu'ils étaient un peu gros. Elle rejetait hors de sa cavité buccale les corps étrangers non alimentaires qu'elle prenait parfois par erreur, comme le faisaient d'ailleurs aussi les carpes intactes. Deux mois après l'opération, il n'y avait réellement aucune différence

reconnaissable entre cette carpe et celles qui n'avaient subi aucune opération. Elle luttait de rapidité avec celles-ci pour arriver à se saisir, avant elles, des morceaux d'œuf qu'on jetait dans l'aquarium; elle les voyait de loin, les prenait au passage, pendant qu'ils traversaient l'eau pour tomber au fond de l'aquarium, et cherchait avec avidité dans tous les points de ce fond s'il ne s'y trouvait pas d'autres parcelles de blanc d'œuf; enfin, elle arrivait de loin, avec les carpes saines, vers le point de l'aquarium le plus voisin de la personne qui s'en approchait, quêtant pour ainsi dire son aliment ordinaire. Cette carpe voyait donc très bien; on s'est assuré aussi qu'elle entendait; elle avait conservé le goût; sa sensibilité tactile était intacte; l'odorat seul, parmi les sens, était aboli par suite de la section des processus olfactifs. Elle paraissait aussi avoir conservé les différentes facultés intellectuelles.

Or, l'examen de l'intérieur de la cavité crânienne montre, comme la pièce portée à l'Académie le prouve, que les lobes cérébraux et la glande pinéale avaient été très complètement enlevés et que les restes de l'encéphale : lobes optiques, cervelet, lobes postéro-supérieurs du bulbe, sont tout à fait intacts. L'animal a survécu plus de six mois à l'opération; il n'y a pas le moindre indice d'un travail de régénération des lobes cérébraux. Le tissu adipeux qui comble, dans l'état normal, les parties de la cavité crânienne non occupées par l'encéphale, s'était reproduit. En l'enlevant avec soin, on a mis à découvert les nerfs optiques restés sains et l'on a retrouvé facilement les segments, non enlevés, des processus olfactifs. Ces segments se terminent à la partie antérieure de la cavité crânienne par les lobules olfactifs qui ne semblent avoir subi aucune modification. Il y a eu un si faible travail irritatif dans le crâne que les segments n'ont contracté aucune adhérence avec le tissu cellulaire de la cavité crânienne.

L'ouverture faite au crâne lors de l'opération était fermée depuis plus de trois mois; la peau s'y était reformée avec son pigment et une légère dépression à l'endroit de l'ouverture. Une production lamelleuse de substance osseuse, partant du pourtour de l'ouverture ancienne, doublait la peau dans la plus grande partie de cette ouverture, et il paraît certain que la paroi du crâne se serait entière-

ment reformée par ce travail de régénération osseuse, si l'animal avait vécu un ou deux mois de plus.

Cette expérience ne saurait laisser aucun doute sur la légitimité de la conclusion de M. Is. Steiner. Elle montre, en effet, que l'instinct et la volonté, facultés dont le siège, chez les batraciens, les reptiles, les oiseaux et les mammifères, paraît être dans les lobes cérébraux, peuvent se manifester chez les poissons osseux, après l'ablation complète de ces lobes. (*Acad. des sciences.*)

D

DIABÈTE. *Ecthyma des raffineurs.* Quatre observations recueillies dans les hôpitaux, par MM. Rémy et Broca, sur des ouvriers de raffineries de sucre, les ont portés à assimiler cet ecthyma des jambes ou des bras aux autres éruptions cutanées des diabétiques. Les membres, plongés dans des solutions de sucre plus ou moins chaudes, ou en étant éclaboussés, leur semblent devoir constituer une sorte de glycosurie qui, après l'action topique, pourrait bien, sinon causer l'ecthyma, au moins l'entretenir et le rendre plus grave.

Telle est la nouvelle interprétation donnée à cette affection constatée par le docteur Fredet, qui a réuni 17 cas en 1869 et 1870 à l'usine de Bourdon (Puy-de-Dôme). Déjà, il décrivait un type d'impétigo glycosique. Cet ecthyma n'a pas de caractères particuliers; il guérit dès que l'effet cesse, surtout avec des soins de propreté, tandis qu'il persiste et s'aggrave avec la profession qui l'engendre. (*Revue mens. de chir.*, septembre.)

Réflexe rotulien. Son absence, signalée par le professeur Bouchard comme élément précieux de diagnostic, se confirme. Sans être constant, ce signe a une certaine valeur dans les cas douteux. Sur 111 nouveaux diabétiques, il se rencontrait chez 47; avec la précédente statistique de 19 sur 66, c'est donc au total 66 sur 177, soit 37 p. 100. Le

pronostic en est surtout aggravé. Au lieu de 7 morts sur les 117 diabétiques conservant leurs réflexes, il y en avait 17 sur les 60 ne l'ayant plus. La mortalité est ainsi de plus du quart chez ceux-ci, au lieu de 6 p. 100 environ chez les autres.

Trois nouveaux cas en sont relatés par MM. Marie et Guinon, mais un quatrième, observé sur un malade de trente-sept ans avec abolition des réflexes, était un pseudo-tabétique sans incoordination motrice et ne présentant encore que quelques phénomènes obscurs de sa maladie. Au contraire, le sucre était en forte proportion dans l'urine, avec soif. On pouvait donc le confondre avec un diabétique. L'absence du sucre dans l'urine de tous les ataxiques de la clinique de M. Charcot est une autre cause d'erreur. L'attention doit donc être appelée sur cette confusion possible. (*Revue mens. de méd.*, n° 7.)

Début insidieux. L'erreur est d'autant plus possible que l'existence du diabète n'est souvent pas soupçonnée. M. Pavy, appelé à examiner 1360 cas sur 966 hommes et 394 femmes, dont 5 seulement avaient moins de soixante-dix ans et un plus de quatre-vingts, l'a souvent reconnu à des signes tout à fait étrangers. En observant des taches blanchâtres lorsque les malades portaient des vêtements noirs ou que des pantalons mis au rebut avaient de ces taches, on peut être certain que l'urine contient du sucre. Des domestiques d'hôtel reconnaissent les diabétiques à la difficulté d'effacer ces taches avec la brosse.

Un traumatisme quelconque ou des contusions graves en sont souvent l'origine. Un anthrax, la coloration rouge vernissée de la bouche, le coma, la transpiration sur une moitié du corps, l'hypertrophie du foie et divers accidents nerveux en sont souvent des signes méconnus. L'hérédité mérite surtout d'en tenir un grand compte. (*Gaz. hebd.*, n° 30.)

The Harveian oration, discours prononcé au Collège royal des médecins de Londres le 18 octobre par le docteur W. Pavy. (*Lancet*, 23 octobre.)

Glycosurie éphémère. Elle se montre souvent dans les affections chirurgicales, comme le professeur Verneuil l'a signalé le premier. En observant les malades d'une façon

suivie, son chef de clinique, M. Redard, l'a découverte assez souvent pour en relater 28 cas. Les lésions traumatiques du système nerveux, les lésions inflammatoires de la peau, les phlegmons surtout, l'anthrax, certains épithéliomas, l'érysipèle, la déterminent particulièrement. Le sucre se trouve toujours en faible quantité, sans que l'urine varie notablement.

L'influence de cette glycosurie sur les opérations ne paraît pas très grave, la plupart des malades ayant guéri. Elle doit être signalée plutôt pour être combattue et en étudier l'intensité que comme signe de pronostic. (*Revue de chir.*, août et septembre.)

Coma subit. Ce symptôme terminal du diabète peut arriver sans prodromes et déterminer la mort subitement, sans que l'on sache à quoi l'attribuer. Témoin de deux cas semblables, le médecin-major Mabboux en a fait une étude spéciale analytique très intéressante, mais un peu prolixe, ce qui nuit toujours à l'intelligence du sujet en l'obscurcissant.

Deux jeunes militaires, récemment incorporés, sans antécédents morbides connus, autres que des accidents bronchitiques, entrent à l'hôpital avec l'aspect de typhiques avancés par leur affaissement et leur maigreur extrême, inexplicable. Ils tombent dans le coma le lendemain et meurent subitement, sans que l'on puisse se rendre compte de cette mort. L'état des reins à l'autopsie lève seul le voile.

Si ce coma subit, imprévu n'est pas signalé, c'est, d'après l'auteur, pour avoir été attribué indûment à l'urémie dans beaucoup de cas, comme il en rapporte un exemple à l'appui. Il en infère de là sa fréquence méconnue, et, pour en montrer les caractères différentiels avec la marche ordinaire et classique de cet accident redoutable, la symptomatologie entière en est décrite *in extenso*.

Il en résulte que la période prodromique, qui devait manquer dans ces deux cas, s'est cependant décelée. L'excitation cérébrale, qui en est le principal signe, s'est révélée par des cris et de l'agitation nocturne chez le second et la maigreur chez tous les deux.

La dyspnée, les symptômes abdominaux, l'épuisement

nerveux et l'hypothermie qui en est la conséquence, formant les principaux traits de la période d'invasion, ont été également observés, non dans l'ordre successif où ils se montrent d'ordinaire, mais ensemble et tout à coup. De là la confusion possible avec la méningite et la fièvre typhoïde, quoique l'abaissement de la température doive faire exclure celle-ci.

La période comateuse, aboutissant fatal de la précédente, caractérisée par le refroidissement, l'absence de convulsions et de contracture, a terminé aussi la scène ici, avec cette différence qu'elle a été aussi courte qu'elle est longue parfois.

Les mêmes symptômes existent donc dans les deux formes. Et celle-ci paraît d'autant plus rare et exceptionnelle que l'un de ces militaires avait dissimulé la polyurie dont il était atteint. Tous deux avaient eu aussi de la bronchite quelques semaines auparavant et s'en étaient mal rétablis. Ce fait n'eût donc pas manqué d'être signalé dans la vie de famille, et le diabète eût pu être ainsi découvert. Le coma, provoqué par l'exercice, la fatigue de ces jeunes gens, n'a donc été subit, imprévu, que par le fait même de leur situation. (*Revue mens. de méd.*, septembre.)

Telle est la conclusion pratique ressortissant de ces deux faits. Et quant au traitement, il doit être prophylactique, en disant à toutes les personnes qui se fatiguent vite et maigrissent rapidement sans cause appréciable : pensez au diabète, faites examiner vos urines par crainte du coma subit et fatalement mortel.

Régime alimentaire. Dans ses leçons sur ce sujet, M. Dujardin-Beaumetz montre, par le tableau de la glucose contenue dans les aliments, que la pomme de terre, cuite à l'eau et surtout au four, contient le moins de sucre, soit de 8 à 15 p. 100. Elle peut donc remplacer sous ses différentes formes culinaires le pain de gluten, recommandé par Bouchardat, en contenant 18 p. 100. Mieux que la croûte de pain ordinaire en renfermant 76 grammes et la mie 52 p. 100, la pomme de terre en robe de chambre peut tenir lieu de cette base des repas, comme chez les Anglais, avec grand avantage pour la diminution du sucre dans l'économie. De tous les féculents, pâtes ou légumes, elle contient aussi le moins d'amidon. On doit donc lui donner la préférence

dans l'alimentation du diabétique avec la viande et le poisson qu'il doit manger, arrosés d'eau rougie. (*Bull. de thérap.*, 1er novembre.)

Acide salicylique. Employé par M. Holden chez les diabétiques rhumatisants, lorsque la glycosurie résulte d'une production exagérée d'acide lactique ou de glucose dans l'organisme. La formation de ces principes serait modérée par l'usage de l'acide salicylique, de 60 centigrammes à un gramme par jour en trois doses égales. Tels sont les résultats observés sur six malades (*British med. journ.*, mai.)

DIPHTÉRIE. *Incubation.* Sa durée paraît être exactement fixée dans deux faits observés à l'hôpital de *King's College* par M. Lewis. Le 8 novembre, l'interne pratiqua la trachéotomie dans un cas de diphtérite. L'opération rendue difficile exigea un temps assez long. Dans la soirée du 10, il se plaignit de la gorge et, dès le lendemain, des plaques apparaissaient.

Le 15, l'interne commença à manger un peu de gelée dont le surplus fut porté à la cuisine située au fond de la salle, et de 1 à 2 heures de l'après-midi, une des filles de salle mangea le reste avec la cuiller dont l'interne s'était servi. Dans l'après-midi du 17, elle fut prise de mal de gorge suivi de plaques blanches.

L'incubation fut ainsi de quarante-huit heures environ dans les deux cas. (*Lancet*, 28 août.)

Il résulte de plusieurs communications provoquées par celle-ci que l'incubation a été le plus souvent limitée à cette durée. Il y a des exceptions sans doute, mais sans que les faits aient été observés aussi rigoureusement. (*Idem*, 4 septembre.)

Caillots fibrineux du cœur. Sur 23 autopsies d'enfants morts de diphtérie, le docteur Chaffey a rencontré ces caillots dans plus de la moitié, notamment dans le cœur droit. 7 fois, il était rempli de fibrine décolorée. (*British med. assoc.*, août.)

Traitement. A défaut de médicaments nouveaux, un changement dans leur mode d'emploi a donné des succès re-

marquables à MM. Barthélemy et Bouchereau. Sur 17 cas de diphtérie dont 11 avec croup, admis à l'hôpital de Nantes dans le premier semestre de 1885, il y a eu seulement 6 décès, dont 2 après la trachéotomie faite *in extremis* sur 5 croupeux. Ces croups opérés étaient compliqués de diphtérie secondaire.

Le traitement a consisté en pulvérisations toutes les deux heures avec des infusions d'eucalyptus autour des malades. Deux vases larges d'eau bouillante, contenant l'un des feuilles d'eucalyptus, l'autre un mélange de goudron et d'essence de térébenthine, étaient laissés en permanence sur le poêle de la chambre ou sur une lampe à alcool. Il en résulte une atmosphère balsamique et antiseptique, sans fumée ni malpropreté, paraissant très bienfaisante aux malades. Des infusions d'eucalyptus en boisson, ou une potion avec 2 grammes de cette alcoolature, étaient données à l'intérieur alternativement avec la potion suivante :

Chlorate de potasse.....	2 à 3	grammes
Sirop de Tolu.....	20	—
Eau de chaux.....	20	—
Glycérine.....	10	—
Eau ou infusion médicamenteuse.....	100	—

Badigeonnages de la gorge avec une solution chloratée et pansement des plaies diphtéritiques avec la décoction d'eucalyptus. (*Gaz. méd. de Nantes.*)

Iodure de potassium. Administré coup sur coup et à doses considérables, l'iode est le seul agent capable d'entraver l'évolution de la diphtérie, dit M. Stepp. L'iodure se dédoublant dans l'organisme, l'iode pénètre dans le sang, les glandes, les différentes humeurs, se combine avec les substances albuminoïdes et s'oppose ainsi au développement des micro-organismes; telle est la théorie avec un certain nombre de guérisons rapides.

Tout en variant suivant l'âge et la gravité du mal, les doses employées sont vraiment énormes. Une solution de 2 à 4 grammes p. 100 est donnée par cuillerées à soupe toutes les heures à des enfants de trois ans. Elle est de 4 à 10 p. 100 au-dessus de cet âge, et de petits malades ont

ainsi absorbé 10, 20 et même 30 grammes d'iodure, sans iodisme ni troubles des organes digestifs ou du système nerveux. (*Deutsch. med. Woch.*, n° 9.)

Sur 152 cas, le docteur F. Kramer (d'Amsterdam) accuse 143 guérisons et 9 morts par l'emploi des moyens suivants. Badigeonner alternativement la gorge toutes les heures avec :

Iode tribromé.....	0,50 centigrammes.
Bromure de potassium.....	0,50 —
Eau distillée.....	250 grammes.

et trois fois par jour avec :

Acide phénique.....	1 gramme.
Esprit-de-vin.....	25 —
Glycérine.....	25 —

en insufflant dans l'intervalle :

Benzoate de soude.....	15 grammes.
Poudre inerte.....	Q. S.

Donner en outre à l'intérieur une cuillerée de la potion suivante :

Benzoate de soude....	6 à 25 grammes, suivant l'âge.
Eau pure.....	150 —
Sirop d'écorces d'oranges.	15 —

Le *benzoate de soude* associé au sulfure de calcium, en potion et en pulvérisations, est aussi le traitement employé par le docteur Brondel (d'Alger). Il est si efficace, d'après lui, que sur plus de 200 malades il n'en a jamais perdu aucun. En admettant même qu'il ait commis des erreurs de diagnostic, il resterait au moins 100 guérisons authentiques, dit-il. C'était d'ailleurs le médicament employé par Letzerich, et c'est en l'utilisant sous forme de vaporisations continues qu'il serait tout à fait efficace, sans compter une alimentation tonique et une foule de médicaments combattant les complications. Un cas très remarquable est cité à l'appui de cette médication. (*Bull. de thérap.*, page 416.)

Difteria y crup, par les docteurs Ramaugé et Jorge, médecin et chirurgien de l'hôpital des Enfants de Buenos-Ayres; un vol. in-8° de 226 pages avec planches. Buenos-Ayres, 1886.

Écrit en espagnol, cet *estudio* est d'origine toute française par les documents sur lesquels il est basé. Les 65 titres de la bibliographie, sauf deux ou trois exceptions, sont exclusivement français. Les auteurs sont donc familiers avec notre littérature médicale, et leur maître, le docteur Gutierrez, directeur de l'hôpital qui a servi de théâtre à ce travail, et qui le présente au public, est un ancien élève de l'école de Paris dont il se réclame. Tous les noms distingués de la médecine infantile y figurent ainsi en grand honneur. C'est, évidemment, d'après leurs ouvrages que quelques noms étrangers, anglais et allemands, s'y rencontrent.

Présenté au concours national de médecine fondé par le cercle médical argentin de l'Université de Buenos-Ayres en 1884, ce mémoire a obtenu le premier prix. C'est dire son mérite comme œuvre historique, surtout quant à la part prédominante des médecins français sur ce sujet. Par exception, les Allemands n'y sont guère cités que pour s'être approprié l'interprétation de l'Anglais Home sur la nature distincte du croup et la diphtérite. Encore un de ces larcins dont ils sont coutumiers et sur lesquels reposent toute leur originalité et toute leur puissance.

Exécutée sous forme didactique, cette œuvre, parfaitement au courant de la science, servira utilement d'ouvrage classique dans la république Argentine; mais sans offrir rien de bien nouveau ni original. Une seule observation personnelle avec autopsie y est relatée à propos de la contagion; et après une statistique de 169 cas observés dans l'hôpital du 1er mai 1875 au 1er mai 1884 — 84 garçons et 85 filles âgés de un an à douze, comptant 89 guérisons et 80 décès — on ne trouve pas d'autre renseignement sur la fréquence locale; le nombre total des entrants n'étant pas donné et une épidémie de l'Asile des immigrants en 1878 ayant donné 76 diphtérico-croupeux dont 39 succombèrent.

Un tableau figurant séparément, à la ville et dans la campagne, la mortalité diphtéritique dans la province de Buenos-Ayres de 1871 à 1883, montre cependant qu'elle a

été de 975 en 1880 et que cinq autres épidémies, élevant cette mortalité de 500 à 725, ont marqué cette période, ce qui n'est pas étonnant d'après la topographie du pays.

Quelques tracés thermométriques, des réflexions personnelles sur les théories émises, la modification du bistouri dont la lame est graduée suivant l'âge du sujet, à cause du calibre différent de la trachée, figuré suivant l'âge, sont les seuls points à signaler.

Diphtérie scarlatineuse. Heubner (de Leipsig) a obtenu des résultats extrêmement favorables, dans une série de cas de ce genre, en injectant une solution d'acide phénique à 3 p. 100 dans les deux amygdales. De 35,6 p. 100, la mortalité s'est abaissée à 13,8. Ce résultat doit donc encourager à tenter cette pratique simple. (*Congrès de Wiesbaden*, 16 avril.)

E

ECZÉMA. *Nature, formes* et *traitement.* Quatre formes différentes en sont distinguées chez l'enfant, par le professeur Grancher, d'après les exemples observés à l'hôpital des Enfants malades.

Eczéma impétigineux simple, absolument banal et sans gravité.

Eczéma croûteux de la face, formant masque chez un garçon de sept ans, survenu à l'âge de cinq mois et persistant avec quelques rémissions passagères. Survient une varicelle qui se localise surtout à la face en améliorant l'eczéma. Une coqueluche légère, suivie d'une diphtérite grave, le fait disparaître.

Cette action curative des affections aiguës, observée assez fréquemment depuis longtemps, a été surtout manifeste sur l'*eczéma symétrique, chronique et récidivant* d'un enfant de douze ans, durant depuis sa première année. Début à la face, en gagnant les membres ensuite; il était presque sec, mais très prurigineux. Pris de scarlatine pendant son séjour à l'hôpital, cet enfant fut immédiatement exempt de ses

démangeaisons avant l'éruption même, elles ne reparurent que le dixième jour.

Un *eczéma scarlatiniforme*, par sa desquamation avec poussées aiguës et fébriles, a guéri très rapidement par des applications de tarlatane trempée dans l'eau amidonnée.

Ces faits différents sont-ils également et uniformément l'expression d'une affection locale, comme le soutient l'école allemande, ou la manifestation d'un état constitutionnel et diathésique, d'après l'école française? Voici la réponse : Un originaire de la Guyane portait sur la face et les bras un eczéma très ancien formant un véritable amas de vésico-pustules. La plupart des dermatologistes européens avaient été consultés, et des médications variées mises en usage. Aucune cause spéciale n'existant pour l'expliquer qu'un surmenage physique et intellectuel à l'origine, l'huile de foie de morue à très haute dose, jusqu'à 12 cuillerées par jour, fut seule prescrite. Une amélioration s'ensuivit le premier mois, et, le second, la guérison était complète, sans aucun topique. C'est le meilleur critérium de la doctrine allemande. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, mars.)

EMPOISONNEMENTS. Volontaires ou par méprise, ils ont lieu actuellement beaucoup plus souvent par abus et négligence des aliments, des boissons et des médicaments, que par les poisons. Les fraudes et les impuretés des premiers, leurs falsifications et leurs sophistications, dissimulées par des édulcorants ou des colorants toxiques, en déterminent tous les jours. Ainsi s'empoisonnent lentement ceux qui s'adonnent aux liqueurs alcooliques, toujours plus ou moins frelatées. Les vins même n'en sont plus exempts aujourd'hui. L'usage croissant des alcaloïdes, dont la préparation est si délicate, les doses si infinitésimales que la moindre erreur, la plus légère négligence les changent en poisons redoutables, en sont aussi des causes fréquentes, comme l'emploi externe des antiseptiques, usés *larga manu*, comme de l'eau simple ou de la farine. De là le grand nombre d'empoisonnements. (Voy. IODOFORME.)

Dérivés de la houille. Trois colorants jaunes de ces dérivés sont usités pour colorer les boissons et les denrées alimentaires. Des expériences faites par MM. Cazeneuve et Lépine,

à cause de leur fréquent usage en ingestion ou en injections intra-veineuses, leur ont montré que le jaune de binitronaphtol sodique neutre est d'une assez grande toxicité. A doses relativement faibles, il produit une respiration haletante, sans diminution de la proportion normale d'oxygène dans le sang; une grande élévation dans la température centrale et périphérique, sans convulsions, et la mort.

A l'état sulfo-conjugué, ce produit n'a plus de toxicité appréciable, non plus que l'oxygène sulfo-conjugué, appelé jaune solide. (*Acad. des sc.*)

Le *rouge de Bordeaux* s'est montré également un peu toxique. A la dose de plusieurs grammes, il ne produit pas d'albuminurie. Mais le binitronaphtol ou jaune d'or, employé pour colorer le macaroni, est excessivement nuisible. Trois centigrammes de cette substance suffisent à tuer un chien en vingt minutes avec une élévation de température jusqu'à 44 degrés. (*Soc. de biol.*, 19 décembre 1885.)

Empoisonnement par le thé. Il se rencontre rarement en France, mais les accidents rapportés à l'usage de cette infusion, en Angleterre comme aux États-Unis, où l'emploi en est très répandu, montrent qu'ils sont bien dus à cette boisson. Les dégustateurs de thé sont si souvent pris d'accidents aigus que cet empoisonnement leur est attribué spécialement dans un ouvrage de Morton. Le docteur Bullard n'a pas visé ces malades, mais ceux qui sont atteints d'empoisonnements subaigus ou chroniques. Son analyse des symptômes repose sur une statistique de 163 buveurs de thé, dont 136 observés à la consultation externe de l'hôpital Carney et 27 au dispensaire de Boston. Sur ce nombre, il y avait 9 hommes, 3 garçons et 9 filles au-dessous de quinze ans; les autres étaient des femmes adultes. 158 consultants ont été examinés par comparaison.

Le mal de tête, les tintements d'oreilles, les tremblements, le nervosisme avec affaiblissement de l'esprit et du corps et l'incapacité de l'exercice mental et physique avec troubles et palpitations du cœur, dyspepsie, nausées et vomissements, douleurs dans la région cardiaque et troubles intestinaux, sont les symptômes ordinaires de cet empoisonnement lent. 80 ne buvaient qu'une moyenne de deux à trois tasses de thé, tandis que 74 en absorbaient jusqu'à huit

par jour, et quelques-uns ne buvaient même que cela. Cinq tasses sont considérées comme la dose toxique. Or, voici la fréquence relative des divers symptômes énoncés :

Perte d'appétit	61	pour 100.
Dyspepsie / Douleur épigastrique.	52	—
Palpitations	49	—
Constipation	47	—
Troubles nerveux	42	—
Mal de tête	30	—
Douleur cardiaque	21	—
Nausées	20	—
Vomissements	17	—

L'anémie qui semble résulter de cette boisson est bien plutôt la cause qui la rend surtout nocive et toxique. Les troubles circulatoires sont les plus apparents, sans jamais coïncider avec des affections organiques. La dyspnée est le seul symptôme pulmonaire.

La jeunesse, l'anémie, la faiblesse, la privation d'air et d'exercice, le besoin ou le défaut d'aliments tendent à augmenter les effets délétères du thé. Les enfants sont les plus facilement atteints. Les buveurs de thé qui, par défaut de nourriture ou excès de travail, perdent leurs forces, ne tardent pas à en ressentir des effets toxiques. Ils sont ainsi communs chez les chlorotiques, les ouvrières des usines et des filatures. D'où la conclusion que le principe actif du thé s'accumule dans l'économie, surtout celui de certaines espèces, en déterminant fréquemment un empoisonnement toxique qui peut être distingué de tout autre état morbide. (*Boston med. and surg. journ.*, 8 avril.)

EMPYÈME. *Blessure du diaphragme.* Une plaie pénétrante de poitrine ayant déterminé une péricardite avec pleurésie purulente, chez un homme de vingt-trois ans, l'empyème est pratiqué après divers incidents, le 3 octobre, par le docteur F. Lagrange, dans le 8e espace intercostal, sur la ligne axillaire moyenne, où deux ponctions précédentes ont été faites. Le lendemain, l'opéré meurt de péritonite, et l'on constate à l'autopsie une incision de trois

centimètres du diaphragme en avant et en bas, cause évidente de la mort.

Frappé de ce malheur, l'auteur a collecté de nombreux cas semblables, quoique tous les classiques aient continué à indiquer le 8e espace intercostal pour l'empyème. D'où il conclut que ce conseil est dangereux et que l'on ne doit pas porter le bistouri au-dessous du cinquième espace, à moins de courir le danger de ce même accident. (*Archiv. de méd.*, septembre.)

Épilepsie hémiplégique. Un opéré du côté gauche par le docteur Saint-Philippe était presque guéri lorsque, en recevant une dernière injection, il tomba à la renverse presque sans connaissance. Une attaque épileptiforme suivit aussitôt, avec convulsions localisées au côté droit de la face et paralysie complète du bras. Tous ces accidents disparurent très vite, et, en ne renouvelant pas les injections, la guérison était complète en quelques semaines.

Ce fait, observé par Maurice Raynaud le premier et ensuite par d'autres médecins des hôpitaux, dans des cas identiques, n'indique-t-il pas que l'on insiste trop longtemps à tort sur ces injections de la plèvre? La mort en étant résultée, il est urgent d'y faire la plus grande attention et de ne pratiquer ces injections que contre les accidents produits par l'accumulation du liquide. Il s'agit là, pour l'auteur, d'une syncope par action réflexe venant de la plèvre, transmise au bulbe et réfléchie sur toute la base du cerveau; d'où l'anémie énorme et subite. Toute souffrance ou gêne locale produite par l'injection est un avertissement de n'y pas insister, et, dans le cas contraire, il serait toujours prudent d'établir un double courant pour faciliter l'écoulement de l'injection. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

Un autre opéré dans le service de M. Féréol était en voie de guérison, un mois plus tard, lorsqu'on tenta d'explorer la plaie avec une sonde molle. Immédiatement, cet homme perd connaissance et des secousses convulsives agitent le bras droit. Après cinq minutes, le malade reprit connaissance, hébété, le côté droit en résolution. Une hémiplégie incomplète avec amnésie, délire tranquille, sensiblerie particulière s'ensuivirent pendant plusieurs mois et finirent par la guérison. Dans ce cas, comme dans le précédent, la para-

lysie était du côté pleurétique. (*Revue mens. de méd.*, juin.) Voy. THORACOPLASTIE.

Coïncidence avec les abcès du cerveau. Voy. ABCÈS.

Empyème biloculaire. A la fin de décembre 1885, une fille de dix-huit ans est atteinte de pleuro-pneumonie droite, observée par M. Padley, médecin de l'hôpital de Swansea. Le 18 janvier, sir A. Clark, appelé en consultation pour décider s'il y avait lieu de pratiquer la thoracentèse, conseilla de l'ajourner. Elle fut faite le 24 janvier, et une pinte et demie de liquide fut retirée. L'épanchement se reproduisit rapidement et une incision fut pratiquée sur le siège même de la ponction précédente. Aucun liquide n'apparut. Le toucher indiquait une collection purulente au-dessus, entourée d'épaisses adhérences. Un cathéter introduit dans la plaie fut pointé dans le 9e espace intercostal, et une contre-ouverture étant faite, aucun liquide ne s'écoula; il était donc manifestement enkysté au-dessus, les adhérences en formant la base. La fluctuation étant toujours perçue, un long trocart fut poussé dans cette collection, à une profondeur de deux à trois pouces, en glissant l'instrument sur les parois thoraciques afin de ne pas blesser le poumon. Une goutte de pus indiquant que la canule était dans le foyer, l'ouverture fut agrandie avec le bistouri, et le pus s'écoula abondamment à travers les deux ouvertures du thorax. Une pinte et demie fut recueillie, et des drains étant placés avec un bandage de corps, la température tomba dès le 27. Sauf quelques complications consécutives, l'opérée se rétablit parfaitement. (*Lancet*, 21 août.)

ENSEIGNEMENT. Un des hommages les plus remarqués rendus au célèbre centenaire est la publication faite, sous le titre *Hommage à Monsieur Chevreul*, par MM. Berthelot, A. Gautier, E. Grimaux, Demarquay, Dujardin-Beaumetz, Pouchet et Ch. Richet. Comme l'Institut, les Académies et tous les corps savants, dont il est le doyen illustre, ont publiquement honoré ce vénérable centenaire par des discours, des éloges et des fêtes, célébrant sa vie scientifique laborieuse, consacrée aux progrès et au bien-être de l'humanité, ses disciples immédiats lui ont témoigné

leur reconnaissance particulière en lui dédiant chacun une esquisse de leurs études spéciales, calquées sur son exemple et ses travaux. Rien de plus grand et beau, touchant et instructif que cet hommage d'hommes illustres, arrivés au sommet de la science, accompagnés de leurs émules les plus célèbres, payant leur tribut au maître par un spécimen original de leurs œuvres diverses. C'est le plus bel exemple et le spectacle le plus édifiant pour une nation, que d'honorer ainsi ses grands hommes. (*In-quarto de 95 pages; librairie F. Alcan*, Paris.)

Retraite des professeurs. Par application du récent décret promulgué à ce sujet, MM. les professeurs Hardy, Sappey et Gavarret (de Paris) ont été mis à la retraite par limite d'âge. C'est une règle à suivre sans exception. Aussi s'est-elle étendue bientôt aux professeurs Joire, Garreau et Pilat (de Lille); Benoît et Dupré (de Montpellier); Herrgott, Parizot, Roussel, Béchet et Demange (de Nancy).

En vertu du même décret, MM. Druhen et Sanderet (de Besançon); Maheut (de Caen); Fleury et Nivet (de Clermont); Morlot (de Dijon), et Barny (de Limoges), ont été également admis à faire valoir leurs droits à une pension de retraite.

Agrégation. Un quadruple concours de médecine, chirurgie, accouchements et sciences naturelles accessoires a eu lieu à Paris pour les différentes Facultés. Le nombre considérable des candidats, arrivant des quatre points cardinaux, avec leurs juges délégués, pour y prendre part, a donné une grande animation à l'Alma Mater, car peu de ces jeunes hommes d'avenir, s'il en est, ne se rattachaient à la Faculté centrale. De là l'intérêt que les différentes épreuves de ce concours prolongé ont dû présenter, surtout au point de vue des nouvelles doctrines en vogue et non encore admises absolument. Ces longues assises entre deux générations distinctes, juges et candidats, ont dû assurément en offrir l'expression vivante et dessinée. Mais aucun compte rendu public n'existe à ce sujet, sauf les thèses qui sont livrées à l'impression. C'est donc dans les sujets de ce dernier acte probatoire qu'il faut chercher les tendances du jury et l'esprit qui a présidé à leur rédaction, pour

montrer où les futurs agrégés prennent leurs inspirations.

Or, on constate aisément à leur lecture que sur les 21 thèses en médecine, 10 à 11 sont l'écho plus ou moins fidèle de l'enseignement de la Salpêtrière, ce qui n'a rien d'étonnant quand on voit la place prise par cet enseignement au sein de la Faculté de Paris; 7 ou 8 reproduisent les idées développées dans la chaire de pathologie générale. Ainsi, les enseignements d'un ordre élevé ne profitent pas seulement aux auditeurs immédiats; ils sont recueillis par les futurs maîtres et servent à l'instruction des prochaines générations. Le véritable professeur ne doit donc point se préoccuper exclusivement des besoins apparents de son auditoire, abaisser son enseignement : qu'il l'agrandisse, au contraire; plus il sera élevé, plus en somme il sera utile. (*Revue de méd.*, mai, p. 459.)

Un décret, rendu après avis du Conseil de l'instruction publique, établit que les agrégés en médecine sont membres de la Faculté ou de l'École où ils sont attachés, comme dans les Facultés de droit et les Écoles supérieures de pharmacie. Ils prennent rang immédiatement après les professeurs et font partie des assemblées avec voix délibérative ou consultative, suivant l'article 19 du décret du 28 décembre 1885. Ils participent aux examens, remplacent les professeurs absents et font des conférences complémentaires dont l'organisation est arrêtée d'avance.

Leur nombre dans chaque Faculté ou École ne peut être inférieur au tiers des professeurs, ni supérieur à la moitié. Ils reçoivent le traitement fixe, outre celui d'agrégé, soit 3000 francs à Paris et 2000 en province pour ces conférences, sauf augmentation ou diminution, suivant certaines circonstances prévues par les règlements antérieurs.

Des conférences remplaceront donc à l'avenir les cours auxiliaires et complémentaires obligés pour lesquels ceux qui en étaient chargés recevaient un supplément d'honoraires. Ce sont ces émoluments qui leur sont enlevés, en vertu même de leurs conférences qui, à l'avenir, seront facultatives. (*Tribune méd.*, 31 octobre.) D'où la protestation collective adressée par 32 de ces agrégés, réunis en assemblée plénière, à la Faculté le 2 novembre, contre 10 absents. Il y a quelque injustice à modifier ainsi à leurs dépens la

situation acquise depuis huit ans pour réaliser des économies que ne légitiment ni la modicité de leur traitement, ni la valeur des services qu'ils ont conscience d'avoir rendus et de pouvoir rendre encore à la Faculté.

Réceptions. Le nombre en a été un peu moindre que l'année dernière. De 590, en 1884, elles se sont abaissées à 575 en 1885, savoir :

Faculté de médecine de	Bordeaux	36
—	Lille	12
—	Lyon	56
—	Montpellier	73
—	Nancy	22
—	Paris	376

Conditions nouvelles de scolarité. Par décret du 30 juillet, il est prescrit, aux candidats aux grades d'officier de santé et de pharmacien de deuxième classe, de produire, à défaut du diplôme de bachelier, un certificat d'études délivré par le recteur, pour prendre leur première inscription. Un jury siégeant au chef-lieu de chaque Académie, sous la présidence de l'inspecteur, sera formé de trois professeurs agrégés de l'enseignement secondaire, classique ou spécial, désignés annuellement. Des épreuves écrites de français, latin ou de langue vivante, seront éliminatoires. Les épreuves orales comprendront le français, l'arithmétique, la géométrie et l'algèbre, les sciences naturelles, d'après le programme des deux à quatre années de l'enseignement secondaire spécial. Le minimum de 60 points est exigé pour être admis. Deux sessions, à la fin et au commencement de chaque année scolaire, auront lieu pour l'inscription au secrétariat de l'Académie. Ces nouvelles prescriptions commenceront le 1er novembre 1887.

Surmenage de l'enseignement médical. Ce ne sont plus seulement les écoles d'instruction primaire et secondaire qui offrent ce danger par leurs programmes et leur mise à exécution. L'enseignement supérieur, et particulièrement les écoles de médecine, y participent également. Sous prétexte de remédier à une insuffisance non douteuse, on a tel-

lement surchargé les programmes, multiplié les cours et les exercices obligatoires, que l'élève se trouve nécessairement exposé à l'influence et aux effets d'un surmenage cérébral. Il est presque inévitable pour qui veut se soumettre à toutes les obligations scolaires ou subir les rebuts et le dégoût engendrés fatalement par l'impossibilité de mener de front ces obligations multiples, entassées.

C'est donc ici, comme à tous les degrés inférieurs de l'instruction, que se manifestent les mauvais effets de ce surmenage intellectuel pour remplir ses devoirs. Ils ne sont pas moins dangereux sur de jeunes adultes que sur des enfants. Si l'excès de travail est dangereux pour ceux-ci, ceux-là ont besoin de se distraire pour mieux travailler ensuite. Il faut donc leur laisser des loisirs, surtout pour se réconforter le corps et l'esprit, afin d'affronter avec plus de résistance les foyers malsains des hôpitaux.

ENTÉRORRAPHIE. *Une suture entrecoupée* particulière, qui mérite d'être signalée, a donné un succès à M. Ch. Périer dans un anus contre nature consécutif à une plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu. Deux applications d'entérotome étaient restées sans résultat, lorsqu'il fut appelé, dix mois après l'accident, à pratiquer l'opération. L'anus siégeait à gauche, au milieu de l'espace compris entre l'ombilic et la crête iliaque. Après dissection de la peau autour de l'orifice intestinal et son détachement de l'aponévrose, l'intestin fut à son tour libéré de ses adhérences à la paroi abdominale, dans un centimètre d'étendue, sans ouverture du péritoine.

Une aiguille fine, munie d'un fil long, est introduite à 2 millimètres du bord de la plaie intestinale et chemine perpendiculairement entre les tuniques de la paroi pour sortir à 2 ou 3 millimètres plus loin. Sans avoir traversé la muqueuse et dans un sens inverse, on lui fait suivre un trajet semblable et parallèle de 4 à 5 millimètres. On la fait pénétrer ensuite dans la lèvre opposée de la plaie, en face du point où elle vient de sortir et en lui faisant suivre un chemin symétrique à celui qu'elle a déjà parcouru, le fil sort en face de son point primitif d'entrée. En nouant les chefs de ce fil, après l'avoir serré, les lèvres se rapprochent en se renversant dans la cavité intestinale. Il suffit de mettre

ainsi un nombre suffisant de points pour obtenir une fermeture autoclave.

Telle est la suture en bourse entrecoupée qui se termine par un point de suture de Lembert. La peau est suturée ensuite par-dessus. C'est la seconde application et les deux opérés ont parfaitement guéri. (*Acad. de méd.*, 8 mai.)

ÉPIDÉMIES. Leur importation n'est pas en contradiction avec la doctrine des constitutions médicales, suivant le docteur Héricourt. Passant en revue les principales épidémies anciennes et récentes, il montre que leur explosion a toujours été précédée, accompagnée et même suivie parfois de maladies atténuées ayant une grande analogie avec elles, comme la diarrhée prémonitoire pour le choléra, l'embarras gastrique pour la fièvre typhoïde. C'est la généralisation de la doctrine de l'infection autonome, soutenue par J. Guérin en vertu de causes générales. L'importation, en pareil cas, serait donc seulement une coïncidence ; d'où la difficulté d'accorder la spontanéité avec l'importation des épidémies. Il ne suffit pas d'un état particulier et ordinairement bénin et léger des voies gastro-intestinales pour expliquer l'invasion de fléaux aussi redoutables que la fièvre jaune, typhoïde, et le choléra. L'importation survenant dans ces conditions les rendra seulement d'autant plus meurtrières et voilà tout, sans que la différence de la spontanéité et de l'importation en soit atténuée. (*Revue de méd.*, février.) Voy. Fièvre typhoïde.

Isolement des malades. Une épidémie de variole s'étant déclarée dernièrement à Reims, le docteur Henrot, maire de cette ville populeuse et industrielle, professeur d'hygiène à l'École de médecine, ne crut pouvoir mieux faire, pour en prévenir l'extension et mettre fin à ses ravages, que de prescrire l'isolement des malades. A l'aide du bureau d'hygiène qui fonctionne depuis plusieurs années dans cette ville, il put ainsi y mettre rapidement fin. Mais des difficultés s'élevèrent au début pour prendre les mesures prophylactiques nécessaires, l'autorité n'étant pas suffisamment armée par la loi à cet effet. La même épidémie règne ainsi depuis plus d'une année à Marseille, où ses ravages surpassent ceux du choléra. D'où la proposition d'un

projet d'organisation de l'hygiène publique à cet égard. La nécessité de sauvegarder la santé générale étant au-dessus du respect de la liberté individuelle, il demande qu'une loi contre le développement des maladies contagieuses permette de rendre obligatoires la déclaration ainsi que l'isolement des malades et la désinfection des objets. (*Acad. de méd.*, 7 décembre.)

Epidémie de tournioles. Observée par le docteur Aubry dans une école contenant 100 élèves, dont 8 et une maîtresse furent atteints à la suite d'une élève présentant une tourniole du médius droit. Le siège du mal s'est toujours trouvé à la main droite, une fois au pouce, cinq fois à l'index, deux fois au médius. Une élève a présenté deux tournioles successives au médius et à l'index. La maîtresse de classe n'a pas eu moins de cinq de ces panaris superficiels qui ont envahi successivement tous les doigts de la main droite.

La contagion semble s'être opérée directement par l'usage des mêmes instruments de travail rendus septiques. Le panaris paraît avoir ainsi régné épidémiquement dans une même famille. D'où l'indication de prendre des précautions, sinon des mesures, contre cette propagation. (*Lyon médical.*)

ÉPILEPSIE. *Bromisme mortel.* Une fille de dix-neuf ans, épileptique depuis l'âge de six, prend du bromure de potassium sans contrôle médical depuis un an, d'une façon continue. Elle allait en augmentant les cuillerées, à mesure que ses accès diminuaient. Mais bientôt elle perd ses forces, son aspect de santé, elle se cachectise, change de caractère en devenant impatiente et excitable, perd le sommeil avec ralentissement de la parole, des vertiges, des troubles de la vue, l'affaiblissement de la mémoire et l'acné bromique généralisé. Dans cette année, elle avait pu consommer 2 kilogr. 1/2 de bromure de potassium.

Entrée à l'hôpital le 25 septembre 1885, elle y succomba le 1er octobre, sans autres lésions que celles d'une bronchopneumonie inférieure droite et une hyperémie cérébrale et méningée. Résultat négatif de l'examen histologique du

système nerveux. Le docteur Eigner attribue la mort au bromisme chronique. (*Wiener med. Press*, nos 25 et suiv.)

Hydrothérapie et bromures. Quatre guérisons sont rapportées par le docteur Glatz. Il s'agit de trois garçons de quinze à vingt-deux ans et d'une demoiselle de vingt-six, atteints à peu près également de crises épileptiformes irrégulières avec ou sans hérédité. L'usage du bromure seul par les médecins de ces malades ne donnant pas de résultat, ils furent envoyés à l'établissement hydrothérapique de Champel pour prendre des douches froides, matin et soir, concurremment avec l'emploi de ce médicament. Le plus jeune fut ainsi envoyé par le professeur Charcot. A la dose de six à sept cuillerées à café de l'élixir d'Yvon dans les vingt-quatre heures, ce traitement amena la guérison en trois mois et demi. Les trois autres malades ont quitté l'établissement très améliorés également. C'est donc une médication à suivre. En agissant sur le système nerveux avec les bromures, on modifie l'organisme, en le tonifiant, par l'hydrothérapie, et les accès peuvent ainsi en être diminués et atténués d'une manière très favorable. (*Revue méd. de la Suisse romande*, 15 avril.)

Borax. Ce nouvel agent, dont l'emploi à l'hôpital des épileptiques et paralytiques de Londres remonte à plusieurs années, a été essayé avec quelque succès par le docteur Folsom, médecin de l'hôpital des maladies nerveuses à Boston. Une fille de vingt ans notamment, atteinte depuis l'âge de quatre ans et qui avait épuisé, sans autre profit que des rémissions passagères dans les accès, les bromures, le zinc, la belladone, etc., sur l'avis de Brown-Sequard, Webber, Putnam et bien d'autres médecins illustres, fut soumise à l'usage de cet agent, d'abord à la dose de 50 centigrammes trois fois par jour, en augmentant graduellement à 0,75 et même 1 gramme trois fois par jour. Commencé en août 1883, ce traitement a réduit les accès à deux en 1884 et 3 en 1885. C'est donc un succès relatif.

Seconde observation analogue chez une fille de vingt-six ans, atteinte en 1872 et dont les accès allèrent en augmentant de fréquence, malgré l'emploi continu des bromu-

res. Soumise au borax en 1884, elle n'a eu que deux attaques jusqu'en 1886.

L'usage de cet agent donné dans l'eau froide, une heure et demie après le repas, n'est pas exempt d'inconvénients. Il produit d'abord de la diarrhée passagère, puis une éruption cutanée, des nausées, des gaz ou de l'indigestion; mais à l'opposé des bromures, il n'a pas d'action sur le cerveau et le laisse intact. C'est son avantage particulier. (*Boston med. society*, 8 février.)

ÉRYSIPÈLE. *Influence curative.* En dehors des inoculations expérimentales relatées pour en obtenir la guérison (Voy. *année* 1885), son action sur les néoplasmes paraît être plus sûre, au moins dans quelques cas authentiques et bien observés. En examinant une petite fille de neuf ans, le docteur Bieder constate l'existence d'un sarcome de l'amygdale gauche, gros comme un œuf de poule, s'enfonçant dans le gosier. La mère se refusa à son extirpation.

Vingt mois plus tard, l'enfant ramenée avait toute la partie postérieure de la bouche et de l'arrière-gorge envahie par le néoplasme, ainsi que la partie antérieure du plancher de la bouche. La moitié gauche de la langue, formant une masse ulcérée, faisait saillie entre les lèvres. Proliférant vers les fosses nasales, la tumeur masquait en partie l'œil droit par une masse bosselée dans les paupières. L'enfant, en proie à des accès de dyspnée, entra à l'hôpital le 13 novembre et dut être isolée à cause de l'odeur fétide exhalée. L'asphyxie étant imminente le lendemain, on pratiqua la trachéotomie.

Placée à cet effet dans un lit occupé par un érysipélateux, elle présentait dès le 17 novembre une ulcération de la tumeur entourant l'œil droit. La rougeur était érysipélateuse avec température à 40°. En l'absence de tout traitement et pendant la durée de la fièvre, jusqu'au 23 novembre, les masses sarcomateuses fondirent entièrement; la face avait repris son aspect normal, sauf les cicatrices laissées par la tumeur près de l'aile du nez et des paupières. La moitié gauche de la langue était réduite à une lamelle cicatricielle; l'arrière-gorge était traversée par des adhérences cicatricielles; des adhérences de même nature reliaient le voile du palais, perforé, à la paroi postérieure du pharynx,

les piliers à la langue. On supprime la canule treize jours après l'opération. La respiration, la déglutition, la phonation s'exécutaient d'une façon satisfaisante. L'appétit était revenu. Le 9 décembre, l'état général était excellent. Dans la cicatrice que portait la paupière supérieure, à droite, était implanté un reste du néoplasme, qui allait en se développant; on l'extirpa, ainsi qu'un autre noyau implanté dans la cicatrice de l'aile du nez. L'examen microscopique fit voir qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules arrondies, très vasculaire. (*Deutsch med. Zeitung*, nº 5.)

Traitement chirurgical. Les scarifications et les incisions multiples, préconisées dans la clinique du professeur Kraske (de Fribourg), et dont Volkmann avait obtenu d'excellents résultats, se pratiquent après avoir lavé soigneusement le foyer érysipélateux et les parties avoisinantes. Un bistouri pointu sert à faire de nombreuses scarifications punctiformes et de petites incisions d'un centimètre de longueur, à raison de 15 ou 20 par pouce carré, dont la plupart n'intéressent que le chorion, tandis que les autres traversent la peau dans toute son épaisseur. Suivant l'étendue plus ou moins grande de la zone érysipélateuse et le degré de susceptibilité des malades, ceux-ci sont ou ne sont pas préalablement chloroformés. Quand l'érysipèle paraît être en voie de progression, on multiplie davantage les petites incisions, en en pratiquant également dans les parties saines avoisinantes, sur une largeur de 1 à 2 centimètres environ. De ces nombreuses incisions s'écoule d'abord spontanément un liquide séro-sanguinolent ; l'écoulement de sang a toujours été considérable. En outre, on soulève la peau en plis, au niveau des incisions, pour en exprimer du liquide en aussi grande quantité que possible, tout en se servant de l'autre main pour faire des frictions énergiques sur la peau, arrosée d'une solution phéniquée à 5 p. 100. On applique ensuite au siège de l'érysipèle des compresses imbibées d'une solution d'acide phénique à 2 1/2 p. 100, qu'on renouvelle une ou deux fois par jour. Telle est la technique spéciale du docteur Kuhnast.

Suit la relation abrégée de trois cas d'érysipèle chirurgical traité suivant ce procédé, avec un succès indéniable, dans deux cas surtout. Et l'auteur de conclure : que l'em-

ploi des scarifications et des incisions multiples, avec application consécutive d'acide phénique, constitue le plus efficace de tous les traitements employés jusqu'ici contre l'érysipèle; que malheureusement ce procédé de traitement n'est pas applicable à tous les cas (érysipèle de la face et des autres parties découvertes du corps); que, dans certaines circonstances, il y a lieu de modifier le procédé. Ainsi chez les sujets adynamisés, lorsque l'érysipèle gagne en étendue, il faut limiter les scarifications aux parties saines placées dans le voisinage immédiat de la zone envahie; chez les enfants et les personnes affaiblies, il faut s'abstenir des applications désinfectantes, ou du moins remplacer l'acide phénique par un agent moins toxique : acide salicylique, borique, etc. (*Centralbl. fur chir.*, n° 9, et *Gaz. méd. de Paris*, n° 20.)

ÉRYTHÈME POLYMORPHE. En réunissant sous ce nom commun les différentes formes d'érythème noueux, papuleux, circiné, vésiculeux, Hebra l'a justement synthétisé sans en dévoiler la nature. Il suffirait donc de saisir celle-ci dans l'une de ces formes pour avoir le secret des autres. Plusieurs variétés de cette éruption cutanée apparaissent parfois simultanément chez le même sujet. Noueux aux jambes, il est parfois papuleux aux bras et aux mains et vésiculeux au cou et à la face. Ces diversités de formes ne sont donc pas des entités distinctes, mais les manifestations variées d'une affection unique.

Iodure de potassium. Employé par M. Villemin à la dose moyenne de 2 grammes par jour, chez 11 malades différemment atteints, ce médicament a uniformément modifié les accidents. De 39 à 40° de fièvre, la température est descendue rapidement du soir au matin à la normale; l'état général s'améliore, les divers érythèmes rétrocèdent et disparaissent en trois à quatre jours, comme les observations cliniques le démontrent. L'unicité de cette maladie est confirmée ainsi par l'efficacité uniforme du traitement.

De cette spécificité thérapeutique, l'auteur en conclut de la nature même de cette affection, et considérant la fièvre, les troubles digestifs, les douleurs musculaires arthritiques, les endopéricardites qui l'accompagnent si souvent, il l'as-

simile aux fièvres éruptives relevant d'une cause spécifique. Et tenant compte de l'opinion des auteurs qui la considèrent comme une affection générale, une sorte de pyrexie infectieuse, d'après les épanchements des synoviales observés durant son cours et qui l'ont fait rapprocher du rhumatisme, il conclut que cet érythème polymorphe est une maladie générale, et que les douleurs, les tuméfactions articulaires et l'éruption cutanée dérivent d'une cause morbide. Il fait même pressentir l'idée de sa nature spécifique parasitaire et transmissible ; car il a tenté une fois d'inoculer le liquide des vésicules, mais sans succès. (*Acad. de méd.*, 18 mai.)

L'érythème morbiliforme et l'érythème lenticulaire ortié, signalés dans le choléra par M. Duflocq sur les malades traités dans le service du professeur Hayem, sont encore des motifs corroborants de sa nature infectieuse.

Rapports avec le rhumatisme. Le 9 avril précédent, le docteur S. Mackensie communiquait l'observation d'une jeune femme admise à *London hospital* pour un érythème noueux. Un rhumatisme se développa pendant le traitement avec des troubles cardiaques. Deux rechutes s'ensuivirent. De l'analyse de 108 cas de cet érythème, observés dans les hôpitaux de Londres sur 18 hommes et 90 femmes dont l'âge coïncidait avec celui du rhumatisme, celui-ci existait même dans 17 cas ayant précédé l'érythème 4 fois et suivi dans 2; la coïncidence est aussi signalée dans 2. Les douleurs arthritiques existaient en outre dans 17 autres cas, très distinctes des douleurs des membres produites par l'éruption. 3 de ces derniers malades avaient eu des rhumatismes antérieurs, 4 des affections ou des troubles cardiaques et 2 une hérédité rhumatismale. 12 autres malades, exempts de rhumatisme, en avaient été atteints précédemment, dont 6 avec rechute après l'érythème. L'un de ces malades en mourut même à la sixième attaque dont trois avec érythème coïncidant. De plus, le mal de gorge qui accompagne si souvent le rhumatisme aigu s'est montré chez 12 autres malades, et chez 7 il y avait une hérédité rhumatismale. 20 présentaient une lésion définie du cœur dont 6 avec coïncidence de l'érythème et du rhumatisme; l'endocardite et la péricardite s'étaient développées 5 fois

durant l'érythème avec affection des jointures dans 3 de ces cas. La fréquence de l'association de cette éruption avec le rhumatisme est donc évidente. D'où l'on peut inférer qu'il en est souvent une manifestation, malgré les réserves et les oppositions faites à cette interprétation. (*Clinical Society*, in *Lancet*, 17 avril.)

La spécificité d'action de l'iodure de potassium contre l'érythème vient à l'appui, au contraire, de sa nature rhumatismale. Il est ainsi employé avec avantage contre les localisations viscérales de la goutte et du rhumatisme. Si son action est lente, tous les accidents ne cèdent pas en quelques jours à son administration. S'il a agi si rapidement dans les cas aigus, fébriles, de M. Villemin, l'érythème ne disparaît-il pas souvent aussi vite dans ces mêmes cas sans intervention thérapeutique? N'étant pas antiseptique, ce médicament doit moins réussir contre l'érythème comme maladie infectieuse que comme une manifestation rhumatismale. (*Gaz. hebdom.*, n° 21.)

N'y aurait-il pas là d'ailleurs un effet homœopathique? L'iodure de potassium marque son action cutanée par l'acné qu'il produit. Une éruption bulleuse de toutes les parties découvertes en est même signalée par le docteur Morrow de New-York dans le *Journal of cutaneous and venereal diseases*. La guérison de l'érythème n'est-elle pas un effet analogue?

ESTOMAC. *Dilatation chez les enfants.* Ayant le premier démontré cette altération en 1883, même chez les nouveau-nés, le docteur Moncorvo poursuit l'étude étiologique de cet état. L'allaitement artificiel n'est pas tout : les mauvaises conditions hygiéniques de l'habitation, des vêtements, contribuent aussi à engendrer l'atonie et le relâchement des fibres musculaires lisses de l'estomac.

Après la syphilis héréditaire dont l'action dystrophique, dès la vie embryonnaire, affaiblit tous les appareils organiques, celui de la digestion surtout, le plus actif après celui de la respiration, une autre cause non encore signalée est mise en évidence : l'intoxication paludéenne ou malaria. Partout où elle règne, dans les pays marécageux d'Amérique comme d'Europe, elle concourt activement à produire l'ectasie gastrique. Charriés par l'eau qui les contient en

assez grande proportion, les germes malariques font leur entrée directe dans l'estomac et agissent immédiatement sur la muqueuse. D'où le catarrhe intestinal presque inséparable de cette intoxication. Qu'elle se prolonge et se répète surtout dans l'enfance et le relâchement de la tunique musculaire en est la conséquence d'autant plus infaillible qu'il s'y joint une mauvaise hygiène alimentaire.

Gastro-résonance plessimétrique. C'est le nouveau moyen imaginé par l'auteur pour constater cette dilatation dont la recherche n'est pas toujours facile chez les petits enfants. Ils se prêtent mal à l'exploration et le clapotage, d'une si haute valeur, est difficilement obtenu. En se contractant énergiquement par leurs cris, la paroi abdominale ne peut être déprimée, et l'auscultation de l'épigastre est à peu près inutile pour saisir le bruit de la chute du liquide dans l'estomac. Pour y suppléer, il suffit de faire ingérer successivement 30 à 60 grammes d'une solution à 10 p. 100 d'acide tartrique d'abord, puis de bicarbonate de soude, soit la potion de Rivière. L'estomac, distendu par l'acide carbonique dégagé, peut alors être ausculté avec le stéthoscope de M. Constantin Paul dont le pavillon est appliqué sur le centre épigastrique. En frappant brusquement avec l'indicateur et le médius de la main droite, du centre à la circonférence, on obtient une résonance fort remarquable, d'autant plus prononcée que l'on frappe brusquement, comme en battant légèrement sur un tambour ou en donnant une chiquenaude. Appréciable seulement dans l'aire de l'estomac, cette résonance en donne la dimension exacte, et permet de diagnostiquer des dilatations inappréciables autrement, ce qui la montre plus fréquente qu'on ne croyait. (*De la dilatation de l'estomac chez les enfants et d'un nouveau moyen d'exploration pour la reconnaître,* par le docteur Moncorvo, de Rio de Janeiro, brochure in-8° de 12 pages, et *Revue mens. des maladies de l'enfance*, 1885.) Voy. Gastrotomie, Syphilis gatriques.

Inconvénients du régime lacté. A doses considérables et par son volume, le lait peut amener la dilatation de l'estomac. M. Debove en montre un exemple chez un homme de quarante-deux ans, alcoolique, et souffrant depuis quatre ans

de tous les symptômes d'une gastrite alcoolique. L'augmentation des accidents avec exacerbation et crises, quelques vomissements de sang pur, firent même admettre un ulcère de l'estomac par l'intensité des douleurs du creux épigastrique s'irradiant dans la région inter-scapulaire. Le régime lacté exclusif, à quatre litres par jour et porté bientôt au double, amena une amélioration notable. Tous les accidents s'amendèrent ou disparurent, mais l'amaigrissement allait croissant. Le malade perdit trente livres en deux ans de ce régime.

Admis à l'hôpital Andral, ce malade était dans un état de cachexie extrême : pâle, amaigri et ne pouvant se tenir debout. L'estomac s'étendait de la pointe du sternum jusqu'à cinq travers de doigt au-dessus du pubis. Un lavage immédiat amena le renvoi de trois litres d'un liquide sale, jaunâtre. Le grand bien-être en résultant fit continuer la même opération tous les matins. Un litre de lait avec 75 grammes de poudre de viande fut l'unique nourriture. Commencé le 7 mai, ce traitement donna une augmentation de 34 livres en quatre mois. En septembre, le régime ordinaire était repris à l'asile de Vincennes. La dose de deux à trois litres de lait ne doit donc pas être dépassée durant plusieurs mois. (*Soc. méd. des hôp.*, 12 novembre, et *Gaz. hebd.*, nº 47.)

F

FIBROMES. Un *fibrome kystique* du poids de 23 kilogrammes a été excisé par M. Terrillon, chez une femme de quarante-six ans, croyant avoir affaire à un kyste de l'ovaire. L'intégrité de l'utérus non augmenté de volume, l'absence de pertes avec une grosseur fluctuante solide et aplatie, placée sous le foie, rien ne pouvait faire penser à une tumeur utérine que sa marche lente. Elle remontait à sept ans environ, et la malade avait un embonpoint persistant, sans le facies imprimé par le kyste ovarique. L'ouverture du ventre montra une tumeur d'aspect violacé et fibrillaire, libre d'adhérences. La ponction avec un gros trocart, péné-

trant difficilement, donna un litre de liquide d'aspect transparent, citrin et très fluide. Une seconde tumeur, dure et aplatie comme une rate hypertrophiée, s'y trouvait jointe : c'était celle qui occupait le flanc droit. Isolées l'une de l'autre, elles étaient également insérées sur l'utérus. Au-dessous et latéralement se trouvaient les trompes et les ovaires hypertrophiés et vascularisés.

On put les pédiculiser à l'union du col et du corps de la matrice, au-dessus des culs-de-sac vaginaux. Il fallut ainsi couper obliquement les ligaments larges, enlever les trompes et les ovaires avec le fond de l'utérus. Ce fut donc une véritable opération de Porro, en fixant dans la plaie le pédicule serré par une ligature élastique. Un procédé spécial dut être employé à cet effet pour mettre les parties dans des conditions antiseptiques. L'opération ne dura pas moins d'une heure trois quarts. Néanmoins, l'opérée se réveilla dans un bon état et les suites furent sans complications. La température ne dépassa guère 37°,6. Les pansements au chlorure de zinc et à l'iodoforme étaient renouvelés tous les trois jours. Le pédicule ne tomba que le vingtième et la cicatrisation fut presque complète le 35e. Guérison le 50e jour. (*Acad. de méd.*, 29 juin, et *Revue mens. de chir.*, août.)

Quels eussent été la surprise et le doute des académiciens, si une telle mutilation leur eût été rapportée il y a dix ans à peine? Ceux qui accueillirent alors la communication de M. Péan, sur laquelle Demarquay fit un rapport si défavorable, en répondent. Il faut tout examiner sans prévention pour ne pas s'exposer à de tels démentis.

Fibro-myômes intra-utérins. *Sphacèle.* Observé par le docteur Agostini et suivi de mort chez une femme de quarante-deux ans, malgré une antisepsie énergique, cet accident doit servir à en prévenir d'autres. Il est surtout grave quand il est intra-utérin comme celui-ci et beaucoup plus redoutable qu'en siégeant dans le vagin. D'où l'indication, en présence d'accès fébriles irréguliers, survenant sans cause appréciable avec un fibrome utérin volumineux, de l'extirper aussitôt. (*Montpellier méd.*, novembre 1885.)

Sensibilité utérine. Donnée comme signe distinctif du fibrome utérin, cette sensibilité paraît inconstante. Dans un cas de

fibrome et d'inversion utérine, on s'est servi avec succès d'une épingle pour différencier le tissu utérin du fibrome. Mais dans deux cas d'inversion, M. Polaillon a rencontré une insensibilité presque absolue, et, dans un troisième, opéré sans anesthésie, il a enlevé l'utérus inversé, qu'il avait pris pour un fibrome, sans que la femme s'en aperçût. Une anse élastique, placée par M. Poncet sur un utérus inversé, a été presque indolore en tombant le vingtième jour avec guérison consécutive.

Mais si peu que l'opérée ait souffert, dit M. Tillaux, elle a du moins senti, car si l'utérus inversé peut devenir presque insensible, il ne l'est jamais absolument comme le fibrome. Le cathétérisme utérin, si indolore chez la plupart des femmes, est très douloureux chez d'autres, ajoute le docteur M. Sée. (*Soc. de chir.*)

Ne serait-il pas plus exact de chercher cette atténuation de la sensibilité de l'utérus inversé dans la durée et le degré même de cette inversion? Le contact de l'air et le frottement peuvent bien modifier la muqueuse et sa sensibilité. Personne n'a fait cette remarque.

Injections sous-cutanées d'ergotine. Contre les métrorrhagies des fibro-myômes et la gravité de la castration pour y remédier, le professeur Gross (de Nancy) se borna, après avoir reconnu positivement l'existence d'un fibro-myôme utérin, à recommander l'emploi d'injections sous-cutanées d'ergotine au médecin qui lui adressait cette malade. Les métrorrhagies disparurent, et, à l'examen quelques mois après, il ne rencontra plus trace de la tumeur. Un certain nombre d'exemples semblables ont été aussi observées par M. Lallement. Il ne faut donc pas proposer d'emblée des opérations graves, sans avoir employé ce moyen. (*Soc. de méd. de Nancy*, 12 mai.)

Fibromes des parois abdominales. Leur excision ne peut être douteuse, depuis que l'ouverture du ventre est devenue l'opération à la mode et l'une des plus fréquentes de la chirurgie. (Voy. LAPAROTOMIE.) La règle est donc de les enlever sans restriction; qu'ils adhèrent ou non, peu ou beaucoup, intimement même au péritoine, et devant en entraîner l'excision dans une grande étendue. C'est du

moins l'avis du docteur Terrillon prêchant d'exemple. Il fait ainsi quatre variétés distinctes de cette opération, d'après ces différences, pour mieux en exposer les difficultés et les dangers. Appuyé sur deux cas récents, opérés à la Salpêtrière avec succès, il montre que la dissection de ces tumeurs avec le péritoine, si difficile soit-elle, est possible, et qu'au besoin il ne faut pas craindre de l'exciser plutôt que de laisser la plus légère trace de néoplasme. Malgré les péritonites mortelles survenues entre les mains des plus habiles chirurgiens, citées à l'encontre des succès obtenus même sans réunion du péritoine, il n'hésite pas à trancher la question d'une manière presque absolue, grâce à l'antisepsie employée. Tout fibrome de la paroi doit être enlevé en totalité, dit-il, malgré son adhérence avec le péritoine et l'ouverture certaine de cette séreuse. (*Bull. de thérap.*, mars.)

Fibrôme de la cornée. Excisé de la surface antérieure du sommet de la cornée chez une fille de dix-neuf ans, par le docteur Benson, il était d'un blanc nacré et mesurait 4 millimètres de diamètre et un d'épaisseur, recouvert de l'épithélium cornéen. Son début datait de trois ans et s'était développé lentement, sans inflammation ni douleur. La cornée était parfaitement transparente et normale au-dessous sans trace de vascularisation. Au microscope, il se composait de tissu cornéen normal, contre l'avis de Arlt dans son *Histologie des Auges*, page 40. Il ne s'agissait donc pas ici de papillomes comme Bowman en a enlevé. (*Acad. de méd. d'Irlande*, 5 novembre.)

Fibro-sarcomes. M. Nicaise en a enlevé un qui siégeait dans la région de la fosse iliaque chez une femme de vingt-quatre ans. Développé très vite, il englobait l'aponévrose du petit oblique et du transverse et se prolongeait sur le péritoine sans y adhérer. Ouverte en deux endroits, la séreuse fut immédiatement fermée par une suture en bourse. La cavité irrégulière de cette excision fut réunie par la suture à étages et l'opérée guérit sans éventration.

On doit opérer ces néoplasmes de bonne heure, suivant M. Le Dentu et d'après sa pratique, pour éviter les adhé-

rences qu'ils forment rapidement avec le péritoine. (*Soc. de chir.*, 3 mars.)

FIÈVRES. *Antipyrétiques.* La plupart des médicaments employés comme tels, dit M. A. Robin, le savant chimiste biologiste, ne diminuent pas les oxydations intra-organiques; s'ils agissent sur la température, c'est en entraînant hors de l'organisme des extractifs peu solubles et toxiques. Loin de chercher à entraver les oxydations dans les fièvres, la thérapeutique doit tendre, au contraire, à les activer par tous les moyens possibles : tel est le nouveau principe qu'il pose. Contrairement à l'opinion classique, en effet, les oxydations subissent une remarquable diminution dans les fièvres; l'élévation de la température et la gravité des symptômes dépendent, pour une forte part, de la présence dans le sang et les tissus d'extractifs incomplètement oxydés qu'il y a tout intérêt à brûler pour hâter leur élimination.

De là la gravité des symptômes typhiques et l'indication pour la combattre de s'efforcer de modérer les processus de désintégration et de solubiliser les résidus d'ordinaire peu solubles. La solubilisation par combinaison a occupé particulièrement l'auteur. Rendus plus solubles, les déchets sont surtout éliminés par les urines, sans que leur proportion corresponde à une augmentation parallèle de la destruction organique : il s'agit seulement d'un départ plus rapide. D'où l'abaissement de la température, non en diminuant les oxydations, mais en favorisant l'élimination des principes toxiques et pyrétiques encombrant le sang et les tissus.

Les médicaments les plus aptes à donner ce résultat sont les acides benzoïque et salicylique et leurs sels avec la soude. Au lieu de s'oxygéner dans l'économie, ils s'y combinent avec des éléments azotés dont le glycocolle est le type et se convertissent en acides azotés plus solubles que l'extractif entrant dans leur composition; ils s'éliminent à l'état de composé quaternaire : acide hippurique et salicylurique. Un grand nombre de produits se transformant dans l'organisme en acide benzoïque et en acides aromatiques et s'éliminant en combinaison avec le glycocolle pourraient être employés dans le même but. Le toluène, le

xilène, le cymène, l'éthyl, la propilbenzine, la benzilamine, la benzamide, l'acéto-phénone, etc., sont dans ce cas, comme les dérivés substitués de l'acide benzoïque se convertissant en dérivés substitués de l'acide hippurique. De même des acides toluique, anisique, cuminique, se transformant dans l'économie en acides tolurique, anisurique, cuminurique, analogues à l'acide hippurique. Mais il faut choisir parmi ces principes ceux qui donnent les composés azotés les plus solubles et les moins nocifs pour les voies digestives. Les deux premiers remplissent ces conditions. La solubilisation par combinaison est une méthode thérapeutique s'appliquant à la fièvre typhoïde et toutes les maladies typhoïdes en général. L'état typhoïde, se rapprochant de la rétention des déchets dans les tissus, est subordonné à celle-là, quelle que soit la maladie protopathique qu'il comprime. Une place des plus importantes dans l'action des antipyrétiques est l'élimination des matières pyrétogènes.

La chaleur fébrile ne provient pas uniquement des oxydations comme on l'admet, car le coefficient de celles-ci, établi expérimentalement avec les diverses substances azotées, salines et autres introduites dans l'économie, diminue dans toutes les pyrexies. Il tombe de 85 à 70 dans la fièvre typhoïde notamment, sans jamais dépasser 74. L'analyse montre aussi que la diminution de l'urée est proportionnée à sa gravité, tandis que la proportion des matières extractives du sang s'accroît. La cause de ces phénomènes est tout hypothétique, mais des recherches avec l'emploi des principaux antipyrétiques usuels montrent que le sulfate de quinine à petites doses diminue la désintégration organique sans ralentir les oxydations; à doses massives, il produit le résultat contraire et diminue l'absorption de l'oxygène ; c'est donc à petites doses souvent répétées qu'il devra être prescrit. Il en est de même de l'emploi des nouveaux agents de la série aromatique dont l'antipyrine fournit l'exemple. Elle diminue la quantité des oxydations organiques, accroît la formation d'acide urique, des sels de potasse, etc., et va ainsi à l'encontre du but poursuivi; son action sous-oxydante persiste même après la cessation de son usage. Il faut repousser ce médicament d'une façon absolue, ainsi que tous ses congénères.

Au contraire, ces oxydations sont favorisées en renouve-

lant l'air fréquemment autour du malade, en maintenant la température de la chambre basse, en diffusant de l'oxygène autour du lit. Toutes ces conditions augmentent notablement le coefficient d'oxydation.

Dans le même but, il faut surveiller avec soin l'appareil pulmonaire, il faut que l'air puisse pénétrer facilement dans toutes les parties de l'arbre bronchique. Toutes les causes d'hypostase devront être soigneusement évitées. Les applications répétées de ventouses sèches, les frictions cutanées pourront, à cet égard, être très utiles.

Il faut, enfin, soutenir par tous les moyens le système nerveux.

Cette indication est remplie à son maximum par l'usage de lotions et de bains froids. Ce n'est pas le chiffre de la température qui doit commander l'emploi de la lotion ou du bain froid, c'est le degré d'asthénie du malade; c'est en relevant les oxydations, et non pas en soustrayant de la chaleur, que le froid est utile. (*Soc. méd. des hôp.*, 25 juin et 26 novembre.)

Leçons de clinique et de thérapeutique médicales, par Albert Robin, agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

Antifébrine. Nouveau médicament allemand, heureusement nommé, destiné à modérer l'hyperthermie des fébricitants. A cause de son peu de solubilité, MM. Cahn et Hepp le prescrivent en poudre sous forme de cachets ou dans le vin à la dose de 25 centigrammes à 2 grammes par vingt-quatre heures. D'après quelques observations cliniques, elle serait quatre fois plus active que l'antipyrine et provoquerait un abaissement thermique en une heure, persistant deux à quatre heures sans rubéfaction ni transpiration. Elle ne détermine ni vomissement ni diarrhée. Mais une vive soif s'ensuivant, une diurèse abondante s'établit. Son bas prix de 30 marks le kilogramme est même invoqué. (*Centralbl. für klin. med.*, n° 33.)

A juger de ces louanges prématurées par les résultats obtenus de l'antipyrine, la thalline et leurs similaires venant de la même source, il est prudent de ne pas trop s'empresser de recourir à ce nouvel agent, si l'on ne veut éprouver les mêmes mécomptes, surtout après les expériences chimico-biologiques sus-indiquées de M. A. Robin.

Fièvre typhoïde. Son étiologie est de plus en plus attribuée à l'eau. L'influence de l'eau non filtrée, en usage dans les garnisons de Rouen et de Verdun, a été trouvée, après enquêtes, examen et rapports, la principale cause des épidémies qui les ont décimées. Celle du Pas des Lanciers lui a été attribuée également, comme on le verra, et les épidémies des plus petits villages y sont même rapportées. Celle de Thoiry, par exemple, dans le département de l'Ain, qui a duré trois mois à la fin de 1884 et a déterminé 73 atteintes et 4 décès, sur 528 habitants, est positivement attribuée au régime des eaux potables par le docteur Ballivet. Un plan joint au mémoire publié à ce sujet rend cette interprétation très évidente.

Un cordonnier habitant Genève arrive chez sa mère, le 6 juillet, avec une fièvre typhoïde très accentuée, confirmée le lendemain. A ce moment, la sécheresse a tari tous les puits et une seule pompe est au service de la population. C'est dans les deux groupes qui s'en rapprochent le plus que l'épidémie sévit. Elle débute autour du malade et, en un mois, 53 cas se produisent, principalement dans les maisons qui bordent les ruisseaux émanant de la pompe publique. C'est là que se lavent tous les linges souillés et là aussi que la population s'abreuve. On voit dès lors les maisons en relation avec cette pompe être surchargées de malades, et sur 18 ménages qui en sont complètement tributaires tous sont éprouvés par le fléau. 16 autres s'approvisionnant à des pompes particulières, tous restent absolument indemnes, comme dans les ménages où l'on ne boit que du vin.

L'auteur explique de même, par la conduite d'un ruisseau en émanant, le surplus des autres cas. Il retrouve ainsi parmi les habitants les plus éloignés l'usage de cette eau infectée comme cause de la maladie. (*Revue méd. de la Suisse romande*, 15 janvier.)

Dès que l'épidémie s'est propagée d'abord autour de la maison du malade, comment attribuer toutes les autres contaminations à l'eau seule, quand le contact de ces familles, parentes entre elles, suffisait bien à l'expliquer, au moins dans certains cas? Il y a donc là deux facteurs, sinon plusieurs.

Une épidémie semblable ayant sévi à Zurich un peu auparavant est également rapportée par M. Nicolas, appuyé

de l'opinion de Koch, à l'état déplorable des conduites qui amènent l'eau dans cette ville. (*Soc. méd. de Neuchâtel*, novembre 1885.)

Cette interprétation est plus concluante dans le cas suivant. Quatre petites maisons isolées sont situées sur la ligne du chemin de fer à Somerville (Massachusetts), au milieu d'une vallée bien cultivée. Dans la plus ancienne et misérable, vivent le père, la mère et une fille, tous trois atteints de fièvre typhoïde à la fin d'août. Un seul cabinet d'aisances existe, situé à mi-côte et à 24 pieds seulement du puits bâti en contre-bas. Le mari qui boit de l'eau de ce puits travaille dans l'une des autres petites maisons, près de la sienne. Sa femme seule meurt, et des trois autres maisons, il n'y eut qu'un seul malade dans la seconde et la troisième et trois dans la dernière. L'analyse de l'eau du puits, faite par M. Cowdin, décela des impuretés abondantes et des matières organiques en si grande quantité qu'elles apparaissaient à l'œil nu, sortant de l'eau du puits, sans évaporation. (*Boston med. and surg. journ.*)

Épidémie du Pas des Lanciers. Du 15 mai au 24 juillet, sur un effectif de 8 615 hommes dont 199 officiers, 416 du camp nord sont entrés à l'hôpital et 53 du camp sud, pour fièvre typhoïde. Les cas abortifs ont été de 822 au camp nord et 128 à celui du sud, sur lesquels 109 du premier ont succombé et 13 du second. Le docteur Rietsch montre, dans son étude sur ce sujet, que les mauvaises conditions hygiéniques du camp ont été les causes probables de cette épidémie. Les déjections des malades n'étaient pas collectionnées et le vent en charriait souvent les émanations. La contamination par l'air, le linge, le couchage en commun sous la tente, en seraient les principales. Mais la différence considérable des victimes entre les deux camps proviendrait surtout de l'eau d'alimentation qui n'était pas la même. Au camp nord, l'eau de pluie qui s'écoulait presque sans filtration à la fontaine où buvaient les soldats, après avoir passé sur les déjections éparses, devait contenir le *bacillus typhosus* qui fut constaté en grande quantité. De là la cause de contagion générale et persistante dès les premiers jours dans ce camp. Son évacuation partielle ne pouvait pas en diminuer l'intensité. L'eau du camp sud, au contraire,

était sans causes apparentes de contamination. Un village de 450 habitants faisant usage de cette eau n'a pas eu un seul malade. La contamination s'explique ainsi par le contact des hommes. Les preuves les plus probantes de ces conclusions sont établies dans cette étude remarquable en montrant le défaut absolu de précautions hygiéniques prises contre cette épidémie désastreuse. (*Journ. de l'anat. et la physiol.*, n° 3.)

Épidémies de famille. Deux en ont été observées à Paris dans des conditions diamétralement opposées. La première dans une famille de six enfants avec le père et la mère, partie d'Aix et arrivée à Paris le 15 novembre 1885. L'un des enfants de dix ans, indisposé à ce moment, présentait tous les symptômes d'une fièvre typhoïde cinq jours après. Celui de quatorze ans est pris le 23, et le 29 celui de huit est atteint de même. Le 17 décembre, l'enfant de onze ans présente les premiers signes, puis celui de douze le 29. Seule, la dernière, âgée de deux ans, est épargnée ainsi que le père, la mère et leur entourage. Cette famille, dans les meilleures conditions d'aisance et de santé, était logée dans une maison neuve sans traces typhiques et très salubre. Les malades mêmes étaient isolés et cette épidémie fut attribuée à la contagion directe par le docteur Debove qui l'a observée. (*Soc. méd. des hôp.*, 12 mars.)

Tout autre est la famille dont la relation est donnée par le docteur Dreyfus Brisac. Le 9 octobre 1886, 4 malades atteints de fièvre typhoïde étaient amenés dans son service de l'hôpital Tenon : le père de cinquante-trois ans, la mère de cinquante et deux fils de trente et dix-sept ans. Le 28 septembre, les parents étaient tombés simultanément malades ; le 4 octobre, le fils aîné était atteint et le cadet deux jours après. Trois membres de la famille restaient encore indemnes; quarante-huit heures après, une fillette de treize ans était atteinte et conduite à l'hôpital Trousseau. Sa sœur de vingt et la femme du fils aîné de vingt-cinq en furent exemptes. Comme la précédente, cette famille était venue de la campagne se fixer à Paris en 1884 et ce séjour était très bien supporté par le bien-être relatif procuré par le travail. Mais il avait manqué complètement depuis trois mois, et, malgré tous les efforts pour en trouver, les der-

nières ressources étant épuisées, une nourriture absolument insuffisante et très mauvaise était devenue forcée, dans des chambres étroites et mal aérées. Ils ne buvaient plus que de l'eau puisée à une borne fontaine dans laquelle M. Chantemesse trouva le même bacille que celui rencontré dans le sang des malades.

De là le diagnostic d'infection de la famille par ce microbe. Heureusement, aucune de ces victimes ne succomba, et si l'on peut admettre que les deux femmes épargnées aient pu mieux résister à l'infection que les autres, on ne peut guère comprendre, si le microbe contenu dans l'eau en fût l'agent unique, qu'elles eussent échappé à son atteinte. (*Gaz. hebd.*, nos 12 et 45.)

Un troisième exemple en est communiqué par M. Brouardel qui l'a observé à Pierrefonds en août et septembre 1886. Sur 23 personnes de Paris et de Versailles, habitant trois maisons contiguës rue du Bourg à Pierrefonds, 20 d'entre elles furent atteintes de fièvre typhoïde. 4 succombèrent, 3 jeunes filles de quinze, vingt et vingt-trois ans et leur domestique de vingt ans. Des 16 guéries, 8 ont été atteintes gravement et 8 plus légèrement; les autres n'ont reçu aucune atteinte pour n'avoir passé que quelques heures et n'ayant bu qu'un seul jour de l'eau incriminée. Le mois précédent, une famille de trois personnes ayant habité une de ces maisons, l'une d'elles avait été également atteinte. De 1874 à 1883, ces mêmes maisons ont été visitées cinq fois par la fièvre typhoïde, de l'aveu même d'un des propriétaires. Les analyses de l'eau ont montré qu'elle était bien la seule cause de l'infection. (*Acad. des sciences*, 13 décembre.)

Contagion. L'immunité des Parisiens, constatée par le professeur L. Colin, est confirmée par les faits suivants observés par le docteur Catrin.

En présence d'un fait de contagion immédiate sur un soldat blessé à l'hôpital de Joigny, et confirmée par l'autopsie, un engagé conditionnel, Parisien de naissance, atteint de pneumonie à forme typhoïde, n'a pas contracté celle-ci et guérit parfaitement.

En janvier et février 1886, 13 cas de fièvre typhoïde se manifestèrent dans un régiment de 730 hommes, comptant

240 Parisiens. 11 jeunes soldats ont été atteints. 186 appelés et 33 engagés de ce régiment faisaient partie de la classe de 1884 dont 62 Parisiens : 45 appelés et 17 engagés. Or, pas un de ces Parisiens n'a été atteint. Bien plus, sur 53 fièvres typhoïdes dans ce régiment de 1882 à 1886, pas un cas ne s'est montré sur les 240 Parisiens en faisant partie. Deux seulement ont été atteints, mais compris dans les classes d'avant 1881. Cette assuétude est très remarquable. (*Gaz. hebd.*, n° 16.)

De là les objections faites au docteur Debove sur son interprétation de contagion directe entre les membres de la famille observée par lui : « J'ai recueilli, dit M. Joffroy, plus de 340 observations de fièvre typhoïde et je n'ai pas un seul cas de contagion manifeste. Je n'ai pas vu une seule fois la maladie contractée à l'hôpital par des infirmiers ou des élèves. Souvent mari et femme ont eu la fièvre typhoïde en même temps, ce qui ne signifie pas contagion, mais soumission aux mêmes conditions d'infection. »

D'ailleurs, ajoute M. Ducastel, tous les soins et les précautions ont été pris en isolant les enfants pour s'opposer à toute contagion médiate. Elle ne pouvait donc s'opérer. D'où la conclusion générale que c'est plutôt par infection, soit par des causes identiques, soit par les malades, qu'elle se propage entre eux. (*Soc. méd. des hôp.*, 12 mars.)

Périsplénite. La tuméfaction aiguë de la rate débute très brusquement par une douleur violente locale, parfois l'hypocondre gauche est endolori depuis quelques jours. Cette douleur est tellement vive et exacerbante que des malades en poussent des gémissements continuels et gardent une immobilité caractéristique. L'exploration indique une augmentation considérable de l'organe, une sensibilité extrême rendant le palper très pénible.

Si elle reste localisée parfois, l'inflammation s'étend le plus souvent en haut ou en bas et détermine ainsi par contiguïté une pleurésie diaphragmatique et même généralisée ou une péritonite sinon les deux à la fois.

Le pronostic varie suivant l'étendue de l'inflammation et la gravité de la fièvre typhoïde. L'épanchement peut rester minime ou exiger la thoracentèse. La congestion pas-

sive de la rate, en déterminant la phlegmasie de sa capsule, peut être ainsi l'origine des plus graves complications par contiguïté. (*Thèse inaugurale*, par le docteur Davilée, Paris.)

Un abcès en est résulté sur un garçon de quatorze ans, chez lequel les symptômes typhoïdiques étaient si légers que M. Archer douta du diagnostic pendant vingt-quatre jours. Une légère douleur se déclarant le 24 octobre, en bas des fausses côtes gauches, en fut le premier signe. La mort survint huit jours après, et l'autopsie seule confirma la fièvre typhoïde et l'abcès de la rate. (*Liverpool med. institution*, 19 novembre 1885, et *Lancet*, 5 juin.)

Cette périsplénite existe également après les fièvres intermittentes. Dans le quart des cas, suivant Krönig, on pourrait la diagnostiquer à son bruit de frottement par l'auscultation, entre les 9e et 10e côtes. Il en donne deux exemples. Un homme de vingt-six ans, atteint de fièvre intermittente quotidienne, éprouve après sa guérison une vive douleur à l'hypocondre gauche, augmentant à la pression et s'irradiant à l'épaule. Bruit de frottement ayant son maximum d'intensité dans le 9e espace, plus fort dans l'inspiration que dans l'expiration. Il s'affaiblit quatre jours après et le malade quitte l'hôpital guéri.

Un garçon de vingt-cinq ans se plaint, pendant sa convalescence d'une fièvre typhoïde, de douleurs semblables au précédent. Pas d'hypertrophie de la rate, et le frottement a son maximum au niveau de la 10e côte et ne dépasse pas la 9e. Rien dans la plèvre. Guérison. (*Deutsch med. Woch.*, n° 21.)

Altérations du foie. Habituelles dans les maladies infectieuses, dont la fièvre typhoïde est le type, ces lésions ne sont plus seulement macroscopiques, comme il y a un demi-siècle ; les recherches histologiques les ont rendues bien plus communes et précises quant à leur origine. Une revue du docteur A. Siredey, à ce sujet, montre que l'origine vasculaire est des plus fréquentes dans les parois capillaires, conformément aux recherches récentes. (*Revue mens. de méd.*, juin.)

Réitération. Nouveau nom donné par le professeur Potain aux intermittences de mieux et de pire se manifestant sou-

vent dans cette maladie. Chez une des malades de la clinique, par exemple, la première période dura vingt-cinq jours, puis le septième d'une convalescence apparente, la fièvre reparut; cinq jours plus tard, ce furent les taches caractéristiques de cette seconde atteinte et la défervescence n'eut lieu que le seizième jour. Après un nouvel intervalle de neuf jours, la fièvre reparut pour la troisième fois, et trois jours plus tard survinrent de nouvelles taches avec une coloration beaucoup plus vive que d'habitude. La maladie ne cessa définitivement que le dix-septième jour.

Ces faits sont très fréquents et une autre malade en était à ce moment à sa quatrième réitération. Elle ne comporte pas de gravité particulière et c'est par leur fréquence et leur accroissement que l'on discute encore la dénomination à leur donner, celle de rechute ou de reversion. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, mai.)

Récidive. Deux nouveaux cas en sont cités par le docteur Deshayes qui ne peuvent être sujets à contestation. Elle s'est manifestée dans l'épidémie régnante à Rouen, à trois ans de distance, sur un lycéen de dix-huit ans et sur une femme de quarante-deux ans qui en avait été atteinte la première fois en décembre 1882. Il ne s'agit donc pas de rechutes ni de reversion, mais d'une récidive qui ne permet pas d'épiloguer sur les mots. Ces deux faits existant sur un total de 21, la fréquence en serait donc plus considérable qu'elle n'est généralement admise par les auteurs français. (*Association française*, août, et *Gaz. hebd.*, n° 39.)

Jugulation. En donnant tous les jours un gramme à 1 gr. 20 de sulfate de quinine, à partir des premiers symptômes, avec des bains généraux tièdes quand la température s'élève trop, M. Pécholier (de Montpellier) déclare que la maladie est domptée et ne dure que 14 à 15 jours. 64 observations consécutives, sans un seul insuccès, sont apportées à l'appui. Malheureusement, les essais antérieurs d'autres médecins contredisent cette vertu curative. (*Acad. de méd.*, 3 août.)

Médication toni-purgative. Mettant de côté tous les systèmes exclusifs, comme les bains froids, les lavements phé-

niqués, le sulfate de quinine, le seigle ergoté, le docteur Fournier se borne à la thérapeutique des indications, aidée de soins hygiéniques attentifs, en fortifiant seulement l'organisme et en évacuant l'intestin pour éviter la résorption des matières putrides. Une potion à l'extrait mou de quinquina et à l'eau-de-vie, soit 30 à 40 grammes, remplit le premier but et les purgatifs salins ou huileux le second.

Sur 1733 malades, traités dans les salles militaires de l'hôpital d'Angoulême, représentant 30 p. 100 des entrées totales pendant les années consécutives de 1877 à 1882, il y a eu 151 décès, soit une mortalité de 7,8 p. 100, proportion très faible relativement à toutes les statistiques publiées. Elle a varié considérablement suivant les années, soit de 3,6 en 1877 pour s'élever à 16 p. 100 en 1880. Ce n'est donc ni dans les spécifiques, ni dans les antiseptiques qu'il faut se fier pour avoir raison de cette maladie. (*Bull. de thérap.*)

Sur l'administration continue de la thalline et son action dans le typhus abdominal, par le professeur Ehrlich et le docteur Laquer, brochure de 23 pages in-8, Paris. Résumé de 13 observations cliniques donnant les tableaux de la température jour par jour et heure par heure, sous l'influence de petites doses de thalline. Elle est ainsi préférée à l'antipyrine, à l'exemple de M. Jaccoud.

Fièvres intermittentes. *Forme intestinale.* La *malaria* est une cause fréquente de l'entérite chez les enfants au Brésil, d'après le docteur Moncorvo. Cette intoxication se localise pour ainsi dire dans l'intestin, et la diarrhée est le symptôme prédominant de l'impaludisme au début ou à la fin des accès fébriles. Elle persiste et se prolonge des mois et des années, avec des intermittences variables, comme nous l'avons constaté sur des adultes en Californie.

Elle se reconnaît à l'élévation de la température de la paroi abdominale, constatée avec un thermomètre à température locale. Tandis qu'elle variait de 35° à 35°,6 dans l'état de santé, elle s'élevait à 38° chez les fébricitants avec entérite aiguë ou chronique et à 36° chez ceux qui n'avaient que la diarrhée paludéenne sans fièvre. La température de la paroi abdominale, variant entre 36° et 37°, consécutivement aux fièvres périodiques, est un signe certain que la

muqueuse intestinale n'est pas encore revenue à son état physiologique, les selles fussent-elles rares et consistantes. (*De la température de la paroi abdominale dans les cas d'entérite aiguë et chronique chez les enfants ;* broch. in-8°, Rio de Janeiro, 1885.)

Cachexie paludéenne. Contractée dans des contrées insalubres, elle ne doit pas être traitée à Paris par le sulfate de quinine. Le quinquina, l'arséniate de soude et l'hydrothérapie doivent y être substitués, suivant M. J. Rochard. En cas d'accès nouveau, donner un gramme de quinine, en diminuant pendant trois jours successifs, et reprendre ensuite le traitement ci-dessus avec un régime réparateur varié, séjour à la campagne et exercice au grand air. (*Association française,* août.)

Iode. Dans un cas de fièvre tierce rebelle, avec congestion énorme de la rate, M. Hendricks fit des badigeonnages locaux de teinture d'iode, sans aucun résultat. Mais en la donnant à l'intérieur à la dose de cinq gouttes, avec autant de teinture de fer dans 30 grammes d'eau deux fois par jour, les accès disparurent six jours après et la rate commença à diminuer. Ce traitement fut dès lors suivi dans 50 cas de fièvres paludéennes et les accès disparurent de même après un temps plus ou moins long, soit une moyenne de cinq jours, quoique la plupart des malades fussent depuis plus de six mois en traitement. (*Indian med. gaz.*, décembre 1885.)

FISTULES. Fistule urétéro-vaginale. *Cathétérisme urétéral.* Après les nombreux et divers essais tentés en Allemagne et aux États-Unis pour réaliser le cathétérisme des uretères chez la femme, le docteur Pawlick, après un long historique à ce sujet, a trouvé une occasion favorable de s'exercer sur le vivant. Une fistule urétéro-vaginale se présentant, il introduisit une sonde molle dans le bout supérieur de l'uretère qui, parvenue dans la vessie, fut attirée par l'urèthre au dehors. La fistule urétérale fut ainsi suturée sur la sonde laissée en place sept jours durant. La réunion paraissant complète, il voulut la retirer; mais des incrustations l'avaient

rendue râpeuse : il fallut employer la force et la suture se rompit.

Un cathéter métallique fut dès lors employé pour la nouvelle opération et c'est en tâtonnant qu'il apprit à connaître toutes les difficultés du cathétérisme de l'uretère et à en triompher, de manière à ne plus rencontrer de cas, depuis longtemps, qui lui aient résisté. Il se sert à cet effet d'un cathéter de 24 à 25 centimètres de long, ayant son extrémité renflée et portée sur un col formant un angle obtus avec le corps conique où se trouve un œil allongé. Un manche octogonal de 4,50 de long termine cet instrument traversé par le tube métallique qui le dépasse de 1,5. Un mandrin peut ainsi être engagé dans tout son parcours pour s'assurer de sa perméabilité.

Un tube métallique semblable de 22 centimètres de long sert à introduire les sondes molles dans certains cas d'éclampsie par exemple. Ces sondes sont pourvues d'une pointe métallique qui s'adapte exactement à l'extrémité du tube conducteur et s'y fixe par un clapet, de manière que l'urine ne puisse s'échapper. Le mandrin sert à retirer le tube en laissant la sonde en place. Mais ces sondes molles, plus difficiles à manier, à aseptiser et altérables, sont rarement employées. La position est celle de la taille pour ce cathétérisme urétéral, en rétractant le périnée avec une large valve ou le spéculum de Simon. La position à quatre pattes est nécessaire dans certains cas. La vessie doit être dans une réplétion moyenne, soit 150 à 200 centimètres cubes d'eau tiède, pour guider utilement sur l'orifice des uretères en faisant correspondre exactement le triangle de Lieutaud, qui en est le siège, aux sillons de la paroi vaginale. La saillie inter-urétérienne en est surtout très au niveau même de ces orifices. Elle est ainsi assez considérable et résistante pour arrêter le cathéter en le poussant doucement et le conduire dans l'un d'eux. Telle est la base de toute la méthode.

Le cathéter introduit dans la vessie, on relève le manche jusqu'à en sentir la petite tête sur la paroi antérieure du vagin. On en suit ainsi les mouvements, en le conduisant le long et en dedans de l'un des sillons divergents du vagin, en le laissant glisser doucement, en lui faisant exécuter une légère rotation autour de son axe, comme pour soulever un pli de la muqueuse. On le pousse aussi d'avant en arrière,

un peu en dehors de la ligne médiane, jusqu'à percevoir une légère résistance.

L'inclinant alors de côté, on rencontre d'ordinaire aisément l'orifice urétéral, bien que sa variabilité empêche de le trouver avec une rigueur mathématique.

Sa pénétration est indiquée par le défaut de résistance de la paroi vésicale et la cessation de mobilité de l'instrument. En l'abaissant, la paroi vaginale se déprime et l'urine coule d'une manière intermittente et non continue, comme s'il était dans la vessie. Tous ces signes disparaissent en le retirant doucement par l'abaissement du manche.

Le doigt peut ainsi remplacer le spéculum; mais en soulevant le fond de la vessie, il masque l'orifice urétéral. L'exercice réussit à vaincre ces difficultés et le cathétérisme peut même se pratiquer par l'habitude, sans aucun de ces moyens. Il se fait simultanément double quand l'urèthre est assez large.

Une fois introduit dans l'uretère, le cathéter peut être poussé sans difficulté jusqu'au bassinet pour avoir l'urine du rein correspondant. Le plus difficile est de le conduire au delà de la ligne innominée, le long de la colonne vertébrale. Il faut abaisser le manche autant que possible à cet effet, en le poussant doucement et en tâtonnant. Il prend spontanément la direction de l'uretère dès que la ligne innominée est franchie. La fixité de l'urèthre très adhérent à la symphyse, en s'opposant à l'abaissement du manche, fait toute la difficulté.

L'opération faite avec adresse dans une vessie saine est sans douleur; elle est assez vive, au contraire, s'il y a catarrhe. L'injection d'une solution de morphine n'a pas eu de succès; on pourrait y substituer la cocaïne. Exécuté par l'auteur dans un grand nombre de cas, ce cathétérisme s'est montré absolument sans danger.

On ne réussit pas toujours à trouver l'orifice sans en savoir la cause. Des recherches cadavériques ont montré que son étroitesse ou le déplacement de l'un d'eux suffit à expliquer l'échec. Tous les deux étaient placés immédiatement derrière l'orifice de l'urèthre dans un cas. Ils peuvent être entraînés par une cicatrice ou une position vicieuse de l'utérus. Ces déplacements acquis sont reconnaissables; congénitaux, c'est impossible; mais ces faits sont rares, l'au-

teur n'ayant rencontré que deux ou trois cas frustres dans sa pratique. Si plusieurs tentatives sont parfois nécessaires, on triomphe ordinairement de ces difficultés. (*Archiv für klin. chir.*, tome XXXIII, page 717, et *Revue de chirurg.*, octobre.)

Néphrectomie. Deux nouveaux cas en sont relatés par le docteur Heilbrun, à qui elle s'imposait par la hauteur même de la fistule urétérale. Une femme de quarante et un ans, après un sixième accouchement laborieux, perdait ses urines goutte à goutte par le vagin. Le cathétérisme de l'uretère fut employé en vain et amena une néphrite aiguë décelée par l'extirpation. Guérison rapide, malgré l'état pathologique du rein excisé.

Une fistule urétéro-utérine étant survenue à la suite d'une application de forceps chez une primipare, on tenta vainement pendant trois mois de la fermer en établissant une fistule vésico-vaginale. Le rein extirpé était sain et l'opérée guérit rapidement.

Ajoutés aux 12 cas de la statistique de Gross avec 9 guérisons, ces deux nouvelles font un total de 11 sur 14 opérations, soit une mortalité de 21,4 p. 100.

Plusieurs opérateurs allemands ont guéri de ces fistules en laissant à demeure une sonde passée dans l'uretère par une fistule vésicale artificielle; ces cas en montrent l'inutilité et le danger. La néphrectomie est plus sûre et radicale. (*Centralbl. für Gynæk.*, n° 1, et *Revue mens. de chirurg.*, octobre.)

Fistule néphro-intestinale. *Diagnostic microscopique.* En mai dernier, un spécimen d'urine fut présenté au docteur Vernicke; la couleur en était jaunâtre et légèrement trouble avec un dépôt abondant jaune contenant des filaments gris. Réaction alcaline avec albumine; des microbes et leucocytes putréfiés troublaient le liquide. Le microscope montrait dans le sédiment des leucocytes et des globules rouges de l'épithélium vésical, des cellules piriformes des bassinets du rein avec des granulations et des matières graisseuses réfractant une teinte jaune. Des granules attachés les uns aux autres et quelques-uns entourés d'une enveloppe jaunâtre se montrèrent composés de lait coagulé.

Des fibres musculaires striées teintes de pigment biliaire, plus ou moins oblitérées suivant l'état de digestion, furent aussi reconnues. C'était la preuve que le liquide analysé provenait sans aucun doute d'une communication entre les organes urinaires et digestifs.

La cause de cette fistule fut encore diagnostiquée par l'examen microscopique du sédiment révélant l'existence de bacilles tuberculeux bien reconnaissables à leur forme et leur coloration avec les réactifs. Ainsi s'est fait ce diagnostic au laboratoire, sans voir le malade. (*Anales del circul. mens. argentino.*)

De quelle utilité un si long travail microscopique peut-il bien être? d'autant moindre que ce liquide était présenté par le docteur Montes de Oca qui le tenait probablement de la République Argentine.

Fistule vésico-utérine. Un procédé nouveau a été suivi par M. Folet (de Lille) pour détruire cette communication siégeant à l'union du col et du corps de l'utérus. Il dilata l'urèthre jusqu'à un diamètre de 22 millimètres avec le dilatateur de Dolbeau; puis abaissa le col utérin à la vulve. Un doigt restant dans la vessie, celle-ci est détachée par le vagin de ses adhérences à l'utérus et le doigt recourbé amène alors à la vulve l'ouverture fistuleuse de la vessie qui est oblitérée à l'œil nu par quatre points de suture Lembert. Un pansement iodoformé à la gaze et le drainage de la vessie amènent une cicatrice solide en douze jours. La plaie vaginale était cicatrisée le 30e. L'incontinence résultant d'une dilatation trop brusque et considérable persistait encore, malgré la faradisation, mais ce procédé déjà employé par M. Cruveilhier est extrêmement facile et rapide. (*Soc. de chir.*, juin.)

Fistule borgne interne. *Rectotomie linéaire.* Une femme de quarante-neuf ans éprouvait depuis plusieurs années des douleurs très vives en allant à la garde-robe, et expulsait à chaque selle sa muqueuse rectale. En procédant à la réduction avec les doigts, elle constata une dépression en un point avec un corps dur au fond. Consulté à cet égard, M. Dubar reconnut une fistule borgne interne conduisant dans une vaste cavité contenant des concrétions calcaires.

Cette femme ayant des hémorrhoïdes, des phlébolithes s'étaient développés dans l'intérieur en provoquant l'inflammation du tissu cellulaire environnant.

La rectotomie linéaire fut pratiquée pour se donner du jour et mettre en évidence la paroi antérieure du rectum, siège de la fistule. Il put ainsi inciser et faire le curage de toute la cavité suppurante. Trois mois après, la malade était parfaitement guérie et recouvrait les fonctions de ses sphincters. (*Soc. de chir.*, 23 juin.)

FRACTURES. *Raccourcissement méthodique des os.* Un charretier de trente-deux ans eut les deux os de la jambe droite écrasés par le passage d'une roue de tombereau ; d'où larges contusions des parties molles. Deux mois après, les bords de la plaie étaient largement échancrés par l'élimination des eschares mettant à nu les fragments osseux en partie recouverts de bourgeons charnus et en partie dénudés. La cicatrisation étant impossible par l'étendue de cette plaie, le docteur Martel réséqua, un an plus tard, 75 millimètres du fragment inférieur et supérieur du tibia, en donnant à ces sections une direction oblique en bas et en dedans. Il fit de même sur le péroné. Mises en contact, ces deux sections furent suturées avec un gros fil d'argent et, avec un pansement phéniqué très minutieux et l'immobilisation dans une gouttière de gutta-percha, toute la plaie était comblée, un mois après, par des bourgeons charnus de bonne nature. La suture métallique est alors enlevée et la consolidation parfaite, trois mois ensuite, avec un raccourcissement de 7 à 8 centimètres du membre. La cicatrice, très régulière et linéaire dans sa plus grande étendue, mesurait 15 centimètres avec élargissement adhérent à l'os à sa partie moyenne. Grâce à une épaisse semelle de liège, la marche s'exécutait sans canne ni soutien. (*Acad. de méd.*, 9 février.) D'où la différence de cette résection dans son but avec toutes les autres. Cette innovation peut donc être à imiter dans certains cas.

Massage. Appliqué aux fractures, cela semble un paradoxe chirurgical, et pourtant il est certain que les rebouteurs le font souvent par ignorance en traitant des fractures du péroné comme des entorses. Celles-ci sont en effet plus

rares que celles-là. Que de fractures du radius non réduites n'en guérissent pas moins ! Une dame de soixante-seize ans s'était forcée, quoique la déformation fût caractéristique, à faire des mouvements malgré la douleur et avait conservé toute la souplesse de ses articulations. Une autre de soixante-dix, traitée pendant trois semaines dans un appareil d'immobilisation, souffrait tellement qu'elle le fit enlever. On le renouvela pour une période égale, en plaçant le bras dans une écharpe serrée contre le corps. Les mouvements de la main, du coude et de l'épaule ne furent jamais recouvrés. D'ailleurs les accidents déterminés par des bandages trop serrés ne se comptent plus, comme le prouvent les procès intentés pour les accidents en résultant.

Mais ce ne sont pas là des encouragements à mal faire. Les chirurgiens hollandais paraissent avoir néanmoins l'habitude de pratiquer ce massage. Tel est le traitement d'une fracture de la rotule par la marche. Craignant que les articulations situées au voisinage des foyers de fractures : poignet, coude, épaule, cou-de-pied, ne s'enraidissent par l'immobilisation du bangage, M. Lucas Championnière a d'abord réduit la durée et la rigueur de cette immobilisation dans les fractures du radius et du péroné. Le résultat fonctionnel ayant été excellent, sans préjudice pour la solidité du membre, il en est arrivé à faire exécuter des mouvements aux articulations quelques jours après la fracture, à ne mettre d'appareil que s'il existait une difformité importante à réduire, et même dans ces cas à n'immobiliser que très peu. Il a été ainsi amené à pratiquer le massage dans les fractures du radius et du péroné. Trois observations de la malléole et quatre du péroné sont rapportées, ainsi que trois du radius guéries dans un intervalle de dix-huit à vingt jours.

Voici la conduite suivie à l'hôpital pour ces fractures. Le membre étant enveloppé de ouate et d'une bande peu serrée, on laisse deux ou trois jours de repos au blessé. Une première séance de massage est faite très doucement et renouvelée le lendemain si elle est bien supportée. Trois à quatre séances suffisent pour que toute douleur ait cessé. La main est laissée découverte pour l'exercer et il est souvent nécessaire d'empêcher le blessé de s'en servir trop violemment.

Une sensibilité trop vive exige parfois l'ajournement. La première séance de massage put être faite seulement le huitième jour, chez un blessé de la ville, quoique le membre ne fût pas immobilisé. Sept séances doucement conduites amenèrent la guérison, et, le vingt et unième jour, le blessé roulait une cigarette et serrait la main presque aussi vigoureusement que s'il n'eût pas eu de fracture.

Il ne faut pas s'arrêter à la douleur pour empêcher les mouvements. Spontanés et communiqués, ils la font disparaître ainsi que la gêne et tout rentre dans l'ordre ; de même dans la fracture du péroné, d'ordinaire sans déplacement. Des blessés ont été massés dès leur arrivée, comme s'il s'agissait d'entorses. La séance doit être très courte, sans passer sur la fracture. Le plus important est de faire disparaître la douleur, en défendant de marcher jusqu'à la consolidation du cal. L'application d'un appareil après le massage est ainsi nécessaire, surtout quand les blessés veulent quitter l'hôpital.

L'immobilisation est plus nécessaire dans les fractures de l'olécrâne et l'extrémité inférieure de l'humérus. L'existence d'une plaie, en exigeant l'asepsie et des pansements fréquents, démontre qu'elle n'est pas indispensable. Un homme de cinquante-deux ans ayant une fracture de l'olécrâne avec plaie, ouverture de l'articulation du coude et hémorrhagie, ne fut par là jamais immobilisé; le bras était soutenu dans une écharpe simple et des mouvements étaient communiqués après chaque pansement. En trois semaines, il put écrire facilement. De même chez une femme de cinquante-sept ans dont la fracture était compliquée de plaie avec hémorrhagie ; les pansements ont suffi avec placement du membre dans la gouttière. Les mouvements de l'articulation furent très satisfaisants, ainsi que chez une autre, de soixante-douze ans, sortie le 5 juin dernier avec des mouvements limités sans douleur. Une jeune femme, dont une fracture simple de l'olécrâne était méconnue depuis deux mois, fut engagée à se servir de son membre. Il n'y eut qu'une déformation peu accusée et les fonctions étaient parfaites. Ordinairement, les mouvements articulaires sont imprimés dès le début et le massage vers la troisième semaine.

De cette série d'observations, il résulte que des mouve-

ments modérés retentissent très peu sur le foyer de certaines fractures et qu'elles les supportent sans que la réparation en soit entravée. L'appareil n'est appliqué que dans le cas de difformités susceptibles de réduction en immobilisant le moins possible. Le massage est ainsi employé depuis deux ans à l'hôpital Tenon. (*Soc. de chir.*, 30 juin, et *Journ. de méd. et chir prat.*, juillet.)

Cette méthode, employée par certains chirurgiens, a déjà donné de bons effets. M. Bourguet (d'Aix) réclame la priorité des mouvements et des tractions sur la main, dès les premiers jours de la fracture du radius. Le massage a été également employé par le docteur Terrier sur deux fractures du péroné. Les blessés marchaient sans douleur vingt jours après et demandaient à sortir de l'hôpital.

Appelé près d'un élève du lycée Louis le Grand, ayant une entorse juxta-épiphysaire de l'humérus d'un côté et une fracture de l'olécrâne de l'autre, M. Reclus immobilisa celle-ci et très imparfaitement l'autre. Des mouvements assez étendus furent ainsi imprimés à l'avant-bras et de ce côté l'articulation récupéra toute sa mobilité avec consolidation. Au contraire, il y eut une certaine difficulté à vaincre la raideur articulaire du côté opposé. Démonstration frappante des avantages de la mobilisation des jointures au voisinage des foyers de fracture. (*Idem,* 11 août.)

Des fractures spontanées, thèse de concours pour l'agrégation, par le docteur P. Simon, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Nancy; brochure grand in-8° de 226 pages, Paris, *librairie F. Alcan.*

Après les fractures par action musculaire ou fragilité physiologique des os, toutes celles qui sont rangées sous ce vocable sont d'ordre pathologique. Ce terme de spontané n'est pourtant pas rigoureusement exact, une force, un effort, un mouvement intempestif, une fausse position ou une maladresse y présidant d'ordinaire; mais la maladie, la diathèse ou une lésion quelconque étant toujours présentes, on les y rapporte exclusivement.

De là deux parties distinctes de cette monographie, la seconde en formant la principale. Toutes les affections pouvant contribuer à produire spontanément ces fractures sont énumérées selon leur fréquence et leur gravité, et c'est

en en présentant, dans un ordre parfait, les considérations cliniques et les indications thérapeutiques que l'auteur a donné un exposé très clair et précis de ces fractures assez communes.

Fracture vicieuse du radius. *Ostéotomie linéaire.* Un nouveau succès de cette nouvelle opération a été obtenu par le docteur Rohmer, de Nancy, chez un mineur de trente-trois ans présentant, six mois après sa fracture, la déviation classique en dos de fourchette avec une très forte saillie du fragment inférieur sur la face palmaire de l'avant-bras, soulevant les tendons fléchisseurs des doigts. La flexion très limitée des doigts et de la main empêchant cet ouvrier de se livrer à son travail, il se soumit à l'ostéotomie qui lui rendit l'usage de son membre en peu de mois. C'est le 7e exemple connu de cette opération ostéoplastique reproduite par l'auteur avec le manuel opératoire décrit ici l'année dernière. (*Soc. de méd. de Nancy*, 3 mars, et *Revue méd. de l'Est*, 15 avril.)

Fractures de cuisse. *Nouveau procédé.* Appliqué par M. Tillaux, le 29 mars, chez un vieillard de soixante-douze ans, entré à l'Hôtel-Dieu le 27 avec une cuisse fracturée, il a permis de soulever le talon le 3 mai, à 15 centimètres de hauteur. Cet appareil, excluant tous les autres plus ou moins compliqués, se borne au manuel suivant :

Un lit en fer, assez résistant, et des matelas durs, sont autant que possible la condition première. De longues bandelettes de diachylum, larges de 6 à 7 centimètres, sont ensuite nécessaires.

La première est appliquée le long de la jambe et passée sous le talon, en laissant un certain espace pour la remonter du côté opposé de la jambe jusqu'au point d'où elle est partie. Trois autres bandes circulaires sont ensuite appliquées, l'une entre le point fracturé et le genou, l'autre au-dessous du genou, la troisième au-dessus du jarret. Deux tours de ces bandes étant faits, une autre bandelette longitudinale est placée à côté de la première fixée pareillement par deux tours de bande circulaire. Jusqu'à cinq bandes longitudinales sont ainsi placées successivement, en laissant toujours le talon libre.

Le diachylum étant sec en quelques minutes, on suspend avec une corde un poids de 3 kilos à la partie de la bande restée libre à la plante du pied. Les pieds du lit étant soulevés, de manière que la tête soit plus basse qu'eux, on tend la corde avec une planchette, afin de soulever légèrement le talon pour éviter la souffrance résultant de son frottement. L'opération est terminée, on n'a plus qu'à laisser le malade en repos; il s'habitue très facilement à cette position.

Des blessés ont ainsi pu lever la jambe le vingt-deuxième jour et partir à Vincennes le quarante-cinquième; au lieu des trois mois et souvent plus, que ces fractures mettent à se consolider par les autres procédés. Le raccourcissement, quand il existe, n'a jamais dépassé 2 centimètres et demi; parfois il est nul. (*Tribune méd.*, 9 mai.)

Un procédé analogue, mais beaucoup plus compliqué, est indiqué par le docteur Cabadé. Les bandelettes de diachylum en forment la partie principale ; mais une guêtre remplace les bandes et la contre-extension est faite mécaniquement, au lieu de l'abaissement simple de la tête. Six observations sont rapportées à l'appui de son efficacité. La simplicité du précédent rend superflue la description de celui-ci. (*Revue mens. de chir.*, mai.)

Fractures compliquées de la rotule. Un cas de ce genre ayant été observé par M. Turner avec consolidation saillante des fragments, il a pu en recueillir seulement 19 semblables rapportés en résumé. Tous les blessés ont guéri, 12 avec de bons mouvements, 5 n'en ayant que de légers et 3 avec ankylose dont un après excision de l'article. 9 cas traités antiseptiquement sans sutures ont donné 7 guérisons avec de bons mouvements, 1 avec mobilité partielle et 1 ankylose. 5 cas traités par la ligature antiseptique ont amené seulement 2 guérisons parfaites et 3 avec des mouvements limités. L'huile phéniquée, appliquée dans deux cas, a donné deux guérisons parfaites, de même que des compresses imbibées de sang dans un cas. L'excision des fragments avec suture des ligaments rotuliens n'a donné que des mouvements imparfaits, comme l'excision du genou a déterminé l'ankylose. (*Lancet*, 8 mai.)

Des fractures anciennes de la rotule; anatomie et physiologie pathologiques; pronostic et traitement, par le docteur Chaput, prosecteur à la Faculté, in-8° avec planches, Paris.

Fracture compliquée de la jambe. *Résection tibio-tarsienne.* La valeur de ce nouveau procédé déjà indiqué (Voy. Résections, 1881) vient d'être confirmée par M. Chauvel. La malléole interne brisée en plusieurs endroits était découverte par une plaie. Réduction impossible avec accidents généraux et locaux. La fracture du péroné siégeait à 10 centimètres au-dessus de la malléole externe restée saine et fortement déjetée en dehors. Mouvement du pied impossible, suppuration sanieuse. Un mois après l'accident, la résection tibio-tarsienne fut pratiquée, toutes les parties atteintes d'ostéomyélite étant enlevées avec la curette et les fragments du tibia fracturé. La réduction n'étant pas possible par la solidité des fragments du péroné, celui-ci fut dénudé au-dessus de son apophyse inférieure et réséqué de 4 centimètres environ. La réduction faite, le membre fut placé dans une gouttière plâtrée et recouvert d'un pansement phéniqué ouvert. Vingt mois après, le capitaine opéré reprenait son service à pied comme à cheval. (*Acad. de méd.*, 14 septembre.)

Une variété non décrite de *fracture verticale de la malléole externe par arrachement* a été observée récemment à l'hôpital et en ville par le professeur Le Fort. Une ecchymose légère et l'absence de douleurs sur la malléole, excepté au niveau du bord inférieur du plateau tibial, lui firent admettre une simple entorse tibio-péronière du ligament antérieur. Il prescrivit le massage et la marche ensuite, mais le blessé déclara souffrir et ne put continuer. Une seconde épreuve eut le même résultat.

En examinant avec soin la partie douloureuse, et en l'interrogeant soigneusement avec la pointe mousse d'un crayon, il découvrit la douleur localisée au bord antérieur de la malléole, s'étendant vers le ligament antérieur. Il suffit de pansements résolutifs et du repos pour la guérison. Les trois autres cas consécutifs, en confirmant cette donnée, tendent à faire admettre cette petite fracture par arrachement et la distinguer de la simple entorse du liga-

ment, dès que le massage et la marche ne font pas disparaître la douleur. (*Bull. de thér.*, 15 mars.)

G

GASTROTOMIE. *Suture immédiate de l'estomac.* La déglutition accidentelle d'une fourchette en fer étamé par un bateleur de profession, âgé de vingt-cinq ans, a fourni au docteur Polaillon l'occasion de réaliser plusieurs perfectionnements pour le diagnostic et le traitement de ce corps étranger. Pendant seize jours, elle fut gardée sans grand inconvénient, sauf un peu de gêne au creux épigastrique. Bien que le patient indiquât son siège, la palpation n'en révélant pas la présence, une sonde œsophagienne avec olive métallique, reliée à un résonnateur, fut introduite dans l'estomac sans résultat appréciable, non plus qu'avec les deux pôles d'une pile. Au contraire, en approchant du patient une aiguille aimantée d'une très grande délicatesse, renfermée dans une éprouvette, elle s'orienta aussitôt dans la région stomacale en suivant ses mouvements. Un électro-aimant, placé à quelques millimètres de la paroi abdominale, produisit également, lors du passage du courant, une voussure brusque de la peau. Le diagnostic était donc positif; il n'y avait plus qu'à opérer.

L'incision indiquée par M. L. Labbé fut exactement pratiquée pour arriver sûrement à l'estomac, mais en se dispensant de le fixer par une suture à la paroi abdominale avant de l'ouvrir. La fourchette fut extraite avec la plus grande facilité, et une suture exacte de l'incision permit de rentrer immédiatement l'estomac dans le ventre. Telle est la modification perfectionnée de ce procédé, dont voici les suites.

Le jour de l'opération, le patient éprouva au niveau de l'estomac une douleur assez vive pour gêner les grandes inspirations, empêcher l'expulsion des crachats, rendre difficiles les efforts nécessaires à la miction. Il fallut le sonder pendant quelques jours. Il n'y eut aucun vomissement, aucun ballonnement du ventre, ni phénomène de péritonite.

Pendant les premières vingt-quatre heures, diète absolue; le malade reçut deux lavements de bouillon qu'il garda. Le deuxième jour, administration de sept à huit cuillerées de bouillon glacé. Le troisième, champagne additionné d'eau, trois lavements de peptone et de vin. Ces lavements furent continués jusqu'au moment où l'alimentation normale put être reprise.

Les jours suivants, on donna des quantités progressivement croissantes de lait et de bouillon, et, le dixième, une côtelette. L'opéré resta une semaine sans aller à la garde-robe, puis les selles redevinrent normales.

Comme accident propre à l'opération, on constata un ictère passager avec léger mouvement fébrile et petit abcès au niveau de l'incision abdominale. En ce qui concerne l'ictère, il est probable que le traumatisme de l'estomac avait provoqué une contraction spasmodique des voies biliaires, et, par suite, une rétention momentanée de la bile. Trois semaines après l'opération, le malade se levait et descendait dans le jardin.

Depuis, les fonctions de l'estomac sont restées normales, pendant sa vacuité comme dans la réplétion. Le tronc est fléchi de tous côtés sans souffrance, rendant probable l'absence d'adhérences du péritoine avec l'incision. (*Acad. de méd.*, 24 août et 28 septembre.)

GREFFES. On paraît y recourir moins qu'il ne semblait probable lors de leur découverte. Elles constituent plutôt des ressources de curiosité que d'utilité, d'après les exemples suivants.

Greffes osseuses. Après les expériences de M. Ollier et l'observation de Mac Ewen démontrant la possibilité de ces greffes, M. Poncet (de Lyon) en a fait une véritable application thérapeutique pour une nécrose du tibia droit, ayant déterminé un séquestre de 25 centimètres de long, suite d'ostéomyélite chez un jeune garçon. Au lieu de remplacer l'os après la cicatrisation de la plaie, c'est durant sa réparation, quand des bourgeons charnus bien vasculaires, peu suppurants, existent au fond et sur les bords de la solution de continuité, qu'il a transplanté ces fragments. Ils doivent être petits, ne pas dépasser 8 à 10 millimètres de long et

3 à 4 d'épaisseur, et être empruntés de préférence aux parties où l'ossification est la plus active, comme les régions juxta-épiphysaires voisines du cartilage d'accroissement, et comprendre le périoste.

Le squelette de nouveau-nés ou d'enfants peut servir à cet effet, de même que les greffes empruntées à de jeunes animaux. En contact avec des bourgeons appelés à l'ossification, ces greffes trouvent des conditions de nutrition assurant leur vitalité. Leur présence réveille dans les tissus voisins des propriétés ostéogéniques, à condition d'une immobilisation parfaite et de grandes précautions antiseptiques.

Il serait dès lors possible, à l'avenir, de reconstituer des portions du squelette absent; d'aider à la formation d'un os nouveau par des greffes faites dans les conditions ci-dessus déterminées dont on ne s'était point encore préoccupé. (*Acad. des sciences*, 11 octobre, et *Congrès français de chirurgie.*)

Greffes épidermiques *avec la peau de grenouille.* A la suite d'Allen qui a inauguré ce procédé sur des ulcères de jambe en 1884, le docteur O. Petersen l'a employé chez un cordonnier de trente-cinq ans, entré à l'hôpital d'Alexandrie pour un phlegmon anthracoïde de la nuque. La plaie se mortifia sur une large étendue, et, vers le milieu d'avril, elle avait le diamètre d'une soucoupe dont la réparation s'effectuait avec une extrême lenteur. Le malade se refusait à tout emprunt sur lui-même et le 14 juin, la plaie mesurant 9 centimètres de long sur 7 de large, un lambeau comme l'ongle du pouce fut pris sur le dos d'une grenouille adulte. Lavé avec une solution phéniquée à 2 p. 100, il est soigneusement étendu par sa face externe sur un fragment de papier brouillard, et, partagé en deux, chacun est appliqué également sur la plaie et recouvert d'un emplâtre fixateur sans aucun contact avec la greffe.

Deux jours après, en enlevant l'emplâtre, les deux greffes augmentées de volume adhéraient à la plaie. Le lendemain, deuxième transplantation de lambeaux semblables, les premiers commençant à s'éclaircir. Les derniers adhèrent bientôt et leur pigmentation est presque disparue le 20. Quatre autres transplantations ont été faites successivement à trois

ou quatre jours de distance, et, le 26 juillet, la plaie était guérie avec une cicatrice élastique et molle. (*Tribune méd.*, janvier.)

Au contraire, les nouvelles tentatives de greffes nerveuses, nerfs et moelle, faites par MM. Assaky et Fargin, ont complètement échoué comme les précédentes; aussi bien sur les animaux que chez l'homme. (*Congrès français de chir.*)

Greffe oculaire. Des expérimentations faites par M. Rohmer (de Nancy) sur des lapins, en transplantant des yeux dans l'orbite ou la cavité péritonéale, lui font rejeter absolument cette innovation audacieuse. Deux ordres de faits la jugent définitivement : les faits cliniques, par l'ophtalmie sympathique possible et nettement observée; les faits expérimentaux, par l'atrophie du globe, conséquence inévitable de la réimplantation, même en évitant le sphacèle de la cornée et le succès de la greffe oculaire. (Voy. OPHTALMOLOGIE, 1885.)

La greffe oculaire ne peut donc réussir actuellement; la tenter est une illusion conduisant à un échec à peu près certain. Fut-elle même possible, comme on l'a prétendu, que l'ophtalmie sympathique à chaque instant menaçante, démontrée par la clinique, détruirait l'illusion d'un succès tant soit peu durable. (*Congrès français de chir.*, octobre.)

GROSSESSE. Une erreur grossière est signalée. Une grossesse de sept mois, chez une femme de vingt-cinq ans ayant déjà eu sept enfants et qui se savait enceinte, fut prise pour un kyste à l'hôpital Saint-Spiridon de Jassy, en Moldavie. Cette femme cachait sa grossesse, et le chirurgien en chef avec son suppléant diagnostiquèrent un cysto-sarcome du ligament large droit. Le ventre fut ouvert et le kyste ponctionné au bistouri. On s'aperçut alors de l'erreur. L'enfant survécut plusieurs heures, mais la mère succomba le huitième jour. Le chirurgien suppléant qui avait opéré fut révoqué de ses fonctions. (*Gazette méd. de Jassy* et *Semaine méd.*)

Une erreur analogue a failli être commise par le professeur L. Le Fort. Une jeune femme atteinte de fibrome utérin volumineux, mobile et bosselé, demandait avec instance à être opérée, à cause de ses grandes douleurs dans l'hypo-

gastre. Suppression des règles depuis plusieurs mois, mais sans aucun signe de grossesse. On pratique la chloroformisation pour opérer, lorsqu'en explorant la tumeur utérine, M. Bazy constate nettement les mouvements du fœtus et M. Le Fort les sent également. C'est donc là une indication de pratiquer l'anesthésie, en cas de doute, pour rechercher les mouvements du fœtus. La contractilité de l'utérus suffirait, suivant M. Guéniot. Mais elle se manifeste, d'après M. Terrier, dans certains fibromes utérins. Le doute emporte donc l'abstention. (*Soc. de chir.*, 12 mai.)

Cette règle comporte pourtant des réserves, quand des accidents se déclarent. Avec la facilité de pratiquer la laparotomie et la sécurité des mesures antiseptiques, n'est-il pas préférable d'opérer immédiatement, même au risque de provoquer l'avortement, que de laisser les choses en l'état? Les faits suivants permettront d'en juger.

Myomotomie. Si les myomes utérins sont assimilables aux tumeurs malignes par les hémorrhagies, les douleurs péritonitiques, la compression sur l'intestin et les autres organes en résultant, ils sont bien plus dangereux encore durant la grossesse. Le développement plus rapide de la tumeur, des hémorrhagies, la compression exigent l'intervention active. Aux dix cas de myomotomie opérés pendant la grossesse, le docteur Laugner vient d'en ajouter un pour en montrer l'innocuité. La constriction de la tumeur avec un tube en caoutchouc a été pratiquée à sa base sans ponction, et cette opération a réussi pour la mère et l'enfant. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 29.)

Ponction. Elle a été pratiquée en juillet 1885 par le professeur Gross, chez une femme enceinte de six semaines à deux mois qui attribuait ses troubles digestifs à une tumeur abdominale la gênant beaucoup par son volume considérable. L'issue d'une dizaine de litres de liquide par la ponction la soulagea beaucoup. La grossesse suivit son cours normal et la femme accoucha à la Maternité de Nancy, le 11 mars 1886, tout en conservant son kyste de l'ovaire. (*Soc. de méd. de Nancy*, 26 mai, et *Revue méd. de l'Est*, n° 13.)

Il est toujours à craindre, en pareil cas, que des adhé-

rences étendues et résistantes ne résultent de la grossesse et que des complications très graves ne fassent échouer ensuite l'ovariotomie. En l'ajournant après un premier accouchement, la femme étant redevenue enceinte immédiatement, le professeur Gross l'opéra à trois mois et demi. Des difficultés exceptionnelles furent rencontrées par des adhérences pariétales étendues et solides avec la paroi abdominale latérale et postérieure. Le kyste était multiloculaire, proliférant, à végétations internes et le pédicule était gros comme l'avant-bras. L'opération fut suivie d'avortement le troisième jour, et l'opérée succomba le lendemain à une péritonite suppurée. (*Idem.*)

On verra plus loin les mêmes conséquences dans une grossesse extra-utérine à terme, et l'on consultera utilement à cet effet la thèse d'agrégation présentée au dernier concours de la Faculté par le docteur Remy : *De la grossesse compliquée de kyste ovarique.* Paris.

Palpation de l'uretère. Dans plusieurs observations, Sanger a pu sentir l'uretère malade et même normal durant la grossesse, et porter un diagnostic sur les maladies de ce conduit et même des reins. 8 fois sur 10 cas, les résultats furent des plus nets par l'hypertrophie physiologique de l'uretère et son glissement produit par la tête fœtale. Les uretères partent alors des bassinets en décrivant une courbe convexe en avant et en dehors avec la dimension du petit doigt. A leur embouchure dans la vessie, leur diamètre est de 3 millimètres. Ils sont accessibles depuis cette embouchure jusqu'à la base des ligaments larges, sur une longueur de 6 à 7 centimètres. Celle-ci étant reconnue ainsi que le fond du cul-de-sac antérieur, on distingue perpendiculairement un cordon se dirigeant vers le paramètre : c'est l'uretère plus ou moins épais et tendu. Il est parfois déplacé et peut être confondu avec des artères et des cordons cicatriciels; mais il est reconnu facilement lorsqu'il y a des collections sanguines ou hydronéphrose, uréthrite, calculs ou tuberculose de ces tubes. Voy. Fistule urétérale.

Transfixion inoffensive de la matrice. Une femme enceinte de huit mois reçoit un coup de couteau dans la fesse perd deux litres et demi de liquide sanguinolent. Le lende-

main, elle accouche d'un enfant mort portant sur le pariétal gauche une plaie pénétrante du crâne, résultant évidemment de l'instrument tranchant. Le docteur Guelliot s'attendait à voir la péritonite se déclarer chez la mère. Elle se rétablit au contraire sans incident. D'où l'intérêt de ce fait. Le nerf sciatique et l'artère ischiatique avaient été atteints et non le péritoine, car cette femme a présenté de l'anesthésie dans la zone innervée par le sciatique. (*Soc. de chir.*, 28 avril.)

Influence du traumatisme. Une revue complète de cette question importante, soulevée par le professeur Verneuil, est faite à la Faculté de médecine de Lille dans des leçons données par M. Gaulard, agrégé d'accouchements. Commencée en 1885, elle se poursuit en s'enrichissant de tous les faits anciens et nouveaux recueillis dans les auteurs pouvant éclairer cette influence sur la grossesse et l'action réciproque de celle-ci sur le traumatisme. Ces leçons formeront donc un document précieux par le nombre considérable de faits pour l'élucidation de ces deux influences. (*Bull. méd. du Nord*, 1885 et 1886.)

Endocardite infectieuse. Bien connue après l'accouchement, elle l'est beaucoup moins pendant la grossesse. Un exemple en a été observé à la clinique médicale de la Pitié par le professeur Jaccoud chez une femme de vingt ans, enceinte de quatre mois, et menacée de fausse couche après un traumatisme. Les accidents locaux disparurent rapidement, mais une fièvre très intense persista au point de faire croire à une affection typhoïde. Au 23e jour, on constatait un frottement péricardique avec bruit de galop à la base et souffle systolique à la pointe. Cette endocardite s'accentua les jours suivants d'un souffle à la base. La température de 39° et 40° indiquait sa nature infectieuse; des micro-organismes spéciaux existaient dans le sang.

La grossesse était uniquement la cause de cette endocardite infectieuse par l'organisme détérioré de la malade. En agissant sur le sang déjà modifié et sur le cœur dilaté, elle avait produit cette maladie infectieuse. Celle-ci est pourtant très rare et peut guérir, malgré les trois poussées successives suivies d'amélioration qui en ont marqué la marche.

Traitement : régime lacté avec préparations toniques et salicylate de soude dont l'emploi a été réglé sur l'état de la fièvre, la dose de 1 gr. 50 par jour n'ayant pas été dépassée à cause de la grossesse. De là le résultat favorable. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, septembre.)

Chorée gravidique. Une jeune femme, choréique à quinze ans, en fut atteinte dans deux grossesses successives, paraissant au troisième mois dans la première et au quatrième dans la seconde trois ans plus tard. Elle n'avait duré que six semaines dans la première, et, plus intense dans la seconde, elle persista trois mois. La grossesse n'en fut pas troublée.

Observé par le docteur Schuhl, ce fait est remarquable, cette chorée persistant d'ordinaire jusqu'après la délivrance. Des 57 cas rassemblés par Barnes, 8 fois seulement elle guérit ainsi. Au contraire, des 285 cas recueillis par différents auteurs, il y eut 76 décès des mères, et l'enfant en est encore plus menacé. Des 69 cas de Frohling, l'accouchement fut normal 20 fois seulement et 22 dans les 57 cas de Barnes avec 10 avortements et 9 accouchements prématurés spontanés. Il fut provoqué 2 fois; 3 femmes moururent avant l'accouchement. C'est donc là une très grave complication de la grossesse. (*Revue méd. de l'Est.*)

Influence de la syphilis. Des recherches faites par le docteur L. Hirigoyen à la Maternité de Bordeaux où les 5/6 des accouchées ne sont pas mariées, les syphilitiques étant de 5 p.100, ont confirmé l'observation du professeur A. Fournier : Qu'une femme syphilitique devenant grosse est plus exposée à l'avortement qu'une femme enceinte devenant syphilitique pendant sa grossesse. Sur huit femmes syphilitiques depuis plus d'un an, cinq ont avorté et un enfant est mort le huitième jour; les deux autres étaient chétifs. De neuf femmes ayant contracté la syphilis pendant les deux premiers mois de leur grossesse, six ont avorté à six mois et trois à sept de fœtus macérés. Trois autres femmes ayant contracté la syphilis durant le troisième mois ont également avorté à sept, huit et huit mois et demi de fœtus macérés également. Malgré l'activité du traitement spécifique, l'avortement a été seulement retardé. Lorsque la

syphilis survient après le troisième mois, elle est moins fatale. Quatre femmes l'ayant contractée du quatrième au sixième mois, l'une accoucha d'un enfant bien portant à huit mois, une autre à terme également, deux à sept et huit mois d'enfants chétifs, dont l'un mourut aussitôt. L'infection arrivant au commencement du septième mois est encore moins fatale. De sept cas semblables, quatre se sont terminés par une délivrance naturelle et un seul enfant est mort par dystocie.

Aucune apparence syphilitique définie n'a pu être constatée sur le corps des fœtus macérés, sur les os ou d'autres parties. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

Action du choléra. Son étude à la Maternité de Marseille a montré à M. Queirel que si la grossesse n'en est pas une cause prédisposante, elle en aggrave notablement le pronostic. Il est surtout fréquent dans la seconde moitié de la grossesse et détermine fréquemment l'avortement, s'il n'est pas foudroyant. Près du terme, quelques enfants viennent vivants, mais pour mourir cholériques aussitôt leur naissance. Il est encore plus grave durant les suites de couches et a une action absolument funeste sur la lactation. Le seul phénomène clinique particulier est une rachialgie très intense et fréquente. (*Acad. de méd.*)

Innocuité de l'antipyrine. En administrant ce médicament à plusieurs femmes enceintes, le professeur Chiara s'est convaincu qu'à dose thérapeutique il est sans action appréciable sur l'utérus, et que la grossesse ne modifie pas son influence antithermique. L'antipyrine peut donc être administrée sans crainte contre la fièvre durant la grossesse. (*London med. Record.*)

Efficacité de la cocaïne. Contre des troubles gastriques, qui mettaient en danger la vie d'une tripare exposée à ces accidents, le docteur Bois, chirurgien de l'hôpital d'Aurillac, appliqua la pommade suivante en topique sur le col de l'utérus :

℞ Vaseline	50	grammes.
Chlorhydrate de cocaïne	1	—

Un tampon enduit de cette pommade, gros comme une aveline, fut déposé sur l'orifice du col et laissé à demeure une heure à deux. Renouvelé matin et soir tous les jours, ce pansement amena une amélioration rapide, et, en trois semaines, la femme pouvait se nourrir parfaitement. (*Bull. de thérap.*, page 507.)

Alimentation artificielle contre les vomissements. Une femme à l'hôpital depuis deux mois pour de la cardialgie, souffrant particulièrement à gauche de l'épigastre, ne pouvait garder aucun aliment, pas même du lait, et vomissait parfois du sang. On crut à un ulcère gastrique. Elle continuait à s'émacier et à vomir quand la grossesse fut décelée par l'examen, et le docteur Brünniche essaya l'alimentation artificielle. Une sonde étant introduite dans la partie supérieure de l'œsophage, du lait fut versé dans l'estomac et d'autres aliments introduits de la même manière. Un essai naturel détermina le vomissement. La sonde fut reprise pendant trois semaines, et la femme, entrée dans son 4e mois, continua à se nourrir naturellement. (*Nord. med. arkiv.*)

Parotidite coïncidente. Voy. ce mot.

Grossesse extra-utérine à terme. *Sept ans de durée et kyste de l'ovaire coïncidant.* Une femme de trente-cinq ans, bien portante jusque-là, éprouve tous les signes d'une grossesse de six semaines en août 1879. Une hémorrhagie utérine se manifeste, avec des symptômes péritonitiques à deux reprises, et le médecin conclut alors à une grossesse extra-utérine. Cet avis fut confirmé par le docteur Chadwick, un an environ après le début de la grossesse. Il fallait dès lors intervenir activement. Dès cette époque, tous les accidents cessèrent, avec menstruation régulière, la femme remplissant tous ses devoirs d'épouse, malgré le développement de l'abdomen. Le 10 février 1886 seulement, le docteur West fut appelé pour des douleurs de ventre avec fièvre, écoulement de sang et constipation depuis vingt-quatre heures. Une péritonite se déclara, et, en présence de l'état grave, une ponction abdominale fut faite et une autre par le vagin dont le liquide purulent extrait fit

diagnostiquer un kyste dermoïde. L'état continuant à s'aggraver, le docteur Homans fut appelé en consultation, et ayant l'expérience de deux cas semblables, avec kyste ovarique et péritonite, il conseilla d'ouvrir le ventre. En opérant ainsi, il avait guéri sa malade et avait perdu l'autre en ne l'opérant pas. La laparotomie fut ainsi faite le 8 mars.

Impossible de reconnaître les parties, tant les adhérences étaient généralisées, épaisses et résistantes. C'était un magma informe. Un kyste fut découvert, et, ponctionné, donna cinq livres de liquide; mais l'ancienne et récente péritonite avait créé des adhérences si étendues, intimes et profondes, entre l'intestin, la vessie, l'utérus et ses annexes, qu'il était impossible de les distinguer et de savoir où porter le doigt. Des hémorrhagies surgissaient à la moindre déchirure, et en attirant le kyste ponctionné, une tumeur fut trouvée à l'intérieur. Ses parois épaisses attenaient à celles de la vessie en avant et celles de l'intestin en arrière. Ce n'était pas l'utérus, quoiqu'en y ressemblant par sa couleur d'un rouge noirâtre et au toucher, car ses parois étaient très épaisses et remplies de liquide. Elle avait le volume d'une tête d'adulte et ses adhérences étaient continues avec le péritoine, l'intestin et la vessie. Centrale et dirigée un peu à gauche, elle ne pouvait pas plus être délimitée par la main que celle-ci passer dans le thorax sans déchirer le diaphragme. Une aiguille aspiratrice fut plongée à l'intérieur, suivie d'une grosse canule et de 4 à 5 livres d'un liquide gris jaunâtre, épais, très fétide et purulent. C'était le sac amniotique, d'où l'on retira tous les os macérés, qui, lavés et séchés, furent reconnus être ceux d'un fœtus de huit à neuf mois.

L'opérée étant presque exsangue, on pratiqua des transfusions d'eau salée dans la médiane céphalique, mais elle ne reprit pas connaissance et succomba quatre heures après. L'autopsie fut refusée et l'on ne put vérifier au juste si la grossesse était abdominale, ovarienne ou tubaire. (*Boston med. and surg. jour.*, nº 20, mai.)

Grossesse tubaire. *Laparotomie.* Trois nouveaux faits en sont relatés par M. L. Tait, ce qui donne un total de 9 cas. Sauf la première, les huit autres opérées ont guéri et continuent à jouir d'une bonne santé. Cette série heureuse

prouve donc que cette grossesse est justiciable de la chirurgie abdominale. Les résultats justifient son application immédiate, puisque les femmes abandonnées succombent fatalement, soit par la rupture de la trompe, de la dixième à la douzième semaine, soit autrement. Deux de celles-ci étaient multipares; la troisième, de vingt-six ans, n'avait jamais eu d'enfant depuis douze ans de mariage. La guérison a varié de trois à cinq semaines. (*British med. journ.*, avril 1885.)

La grossesse tubaire peut surtout simuler les kystes. Le docteur Czempin a présenté les pièces anatomiques d'un cas de ce genre diagnostiqué comme kyste de l'ovaire. Le ventre fut ouvert et le kyste extirpé : il s'agissait d'une grossesse tubaire parvenue au quatrième mois. (*Congrès des méd. allemands*, septembre.)

Grossesse gémellaire. *Auscultation simultanée des deux cœurs.* A l'aide d'un stéthoscope double, le docteur A. Mayor a pu constater les battements distincts, quoique assez éloignés. Celui de gauche battait 136 fois et l'autre 130 seulement ; ces battements ne correspondent donc pas absolument, ce qui aide à leur distinction. Ce signe n'a été d'aucun secours dans ce cas, les deux fœtus ayant été reconnus par la palpation et le toucher. En cas de doute cependant, ce moyen pourrait être précieux. Il suffit d'ailleurs d'exciter le fœtus par des pressions exercées sur le siège pour que les battements du cœur augmentent. Il y aurait donc lieu de perfectionner les instruments d'auscultation dans ce but. (*Soc. méd. de la Suisse romande*, 15 novembre.)

H

HÉMORRHAGIES. *Tamponnement avec l'essence de térébenthine.* N'ayant éprouvé que des insuccès avec le perchlorure de fer, notamment chez une convalescente de fièvre muqueuse prise d'épistaxis, que ce tamponnement en huit à dix jours ne put arrêter, le docteur Bodier le remplace par de petites boulettes de ouate imbibées d'essence, exprimées ensuite et introduites dans la narine, en queue de cerf-volant. En se vaporisant par la chaleur, elle pénètre dans

tous les replis nasaux, et, par cette sorte de cautérisation, arrête l'écoulement du sang; sur une vingtaine de cas traités ainsi depuis dix ans, il n'a pas eu un seul insuccès.

Comme preuve à l'appui de cette action hémostatique, une potion à 15 grammes d'essence, donnée contre les hémorrhagies intestinales, les a toujours arrêtées, de même que dans les métrorrhagies et les hématémèses. Des boulettes de ouate, imbibées d'essence, arrêtent l'écoulement gingival. Ce serait, dès lors, une panacée contre les hémorrhagies. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, art. 12907.)

L'*Hamamelis virginica*, sous forme d'hydrolat liquide, incolore et aromatique, est employé surtout dans les métrorrhagies par les Américains, qui le donnent comme un spécifique. Essayé chez deux femmes par le docteur Brondel, il a arrêté l'hémorrhagie. Il suffit de trois cuillerées à café au moment des règles, venant en perte comme retour d'âge, pour diminuer l'écoulement qui s'arrêta dès le second jour. Elles n'avaient duré que trois jours, au lieu de huit l'époque précédente. A deux reprises, le même effet s'est produit.

Une forte hémorrhagie survenue quelques jours après l'accouchement, chez une femme de vingt-huit ans, ayant résisté à l'ergotine et au perchlorure de fer, quatre cuillerées à café par jour suffirent à diminuer le sang. L'hémorrhagie recommençant, la femme en prend une cuillerée à bouche qui l'arrête définitivement.

Deux hémoptysies ont été arrêtées par le docteur Boucomont avec 40 à 50 gouttes d'hamamelis trois fois par jour. Il dissipe très bien aussi les congestions pulmonaires avec trois à quatre cuillerées à café par jour. (*Bull. de thér.*, page 222.)

Hémorrhagies du pancréas. *Mort subite.* Cinq observations d'individus morts subitement sont rapportées par le docteur Draper, ancien professeur de médecine légale à Boston, dont voici le résumé.

I. Homme de quarante-cinq ans, très rangé, trouvé mort dans sa chambre, assis sur sa chaise, comme en état de sommeil. Aucune trace extérieure ne rend compte de la mort, et une autopsie judiciaire très minutieuse ne constate

d'autre lésion, en découvrant le pancréas, qu'une masse de sang épanché dont il était infiltré dans toute son étendue. L'artère splénique était tortueuse et augmentée de volume.

II. Femme de quarante-quatre ans, trouvée morte dans son lit à midi, sans avoir été malade. L'autopsie, faite dans les mêmes conditions que la précédente, ne décela également qu'une infiltration sanguine de tout le pancréas, marquée surtout à son extrémité splénique, sans augmentation de volume.

III. Femme de vingt-six ans, alcoolique, abandonnée par son mari. Huit jours après, s'étant plainte de douleurs dans le ventre et ayant vomi du sang, elle meurt subitement. L'autopsie révéla les mêmes lésions du pancréas.

IV. Homme de cinquante-cinq ans, trouvé mort sur le parquet de sa chambre; il était allé le matin à son magasin et avait quitté son ouvrage en se trouvant mal et se plaignant de coliques; à six heures du soir, la mort fut constatée avec rigidité cadavérique développée. L'autopsie montra encore une hémorrhagie du pancréas.

V. Cette observation est personnelle à l'auteur et concerne un imprimeur de trente et un ans, d'habitudes intempérantes, pris subitement de violentes douleurs à l'épigastre. Il avait bien dîné à midi, et, deux heures après ces douleurs, il tombait de sa chaise et mourait en quelques minutes. Le plus minutieux examen de tous les organes ne trouva encore qu'une hémorrhagie du pancréas, surtout au centre, avec hypertrophie et tortuosités de l'artère splénique. C'est là une cause de mort subite peu connue. (*Boston med. and surg. journ.*, octobre, n° 17.)

Hémorrhagies cérébrales. L'analyse de 143 cas, observés dans la pratique médicale, a conduit le docteur Formad à les diviser en huit classes suivant leur siège, comme indication de leur nature. D'où les conclusions suivantes :

I. Les hémorrhagies exclusivement au-dessus de la pie et de la dure-mère, c'est-à-dire en dehors du cerveau, sont toujours dues au traumatisme ou au coup de soleil, à moins qu'une maladie ou une altération des vaisseaux ou des membranes n'en rende compte.

II. Celles du plancher du quatrième ventricule sont toujours traumatiques, quand il ne se trouve pas de caillots

dans les ventricules latéraux ni dans aucune partie de la substance cérébrale.

III. Localisées exclusivement sous la pie-mère, elles sont toujours idiopathiques, c'est-à-dire dues à la maladie, quelle que soit la partie du cerveau ou des ventricules qu'elles occupent, excepté le quatrième.

IV. Elles résultent de la maladie quand il y a lésion des vaisseaux ou de la substance cérébrale, et du traumatisme par chute ou violence quand le cerveau est sain.

V. Dans la contusion du crâne, l'hémorrhagie ou le caillot n'est jamais au siège du coup, mais toujours au côté opposé dans l'arachnoïde, c'est-à-dire entre les deux autres membranes.

VI. Dans le cas de fractures du crâne, au contraire, le caillot se trouve toujours au siège même de la violence, entre le point fracturé et la dure-mère.

VII. L'hémorrhagie sous la voûte crânienne est moins grave, si elle résulte d'une fracture que d'une simple contusion.

VIII. Le sang coagulé et infiltré dans les tissus indique une hémorrhagie *ante mortem;* elle est *post mortem* quand le sang liquide tache les tissus sans les infiltrer.

IX. La contusion et la déchirure du cuir chevelu peuvent se rencontrer dans l'apoplexie idiopathique, quand l'hémorrhagie soudaine détermine une chute.

X. Parfois il est impossible de décider par l'examen seul si ces blessures de la tête et l'hémorrhagie en résultant sont dues à une chute ou à la violence.

XI. Les marques extérieures de violence peuvent être invisibles à l'œil nu dans quelques cas, mais sont aisément reconnues et distinguées au microscope des contusions *post mortem*.

XII. L'étendue d'une hémorrhagie intra-crânienne est ordinairement en proportion inverse de celle d'origine externe. (*Pathol. soc. of Philadelphia* et *Boston med. and surg. journ.*, 30 septembre.)

Purpura hemorrhagica. Effet ou non de la différence du climat, il est infiniment plus rare en Russie qu'à Hambourg, d'après la comparaison faite par le docteur Masing des registres de l'hôpital Marie-Magdeleine à Saint-Pétersbourg

et l'hôpital général de Hambourg. Le premier en vingt ans n'en a compté que 13 cas sur plus de 82 000 malades, tandis qu'il y en a eu 73 à Hambourg dans l'espace de quarante ans sur un total de 100 000 malades.

Il est aussi plus grave en Russie, car 10 cas ont été compliqués de fièvre et 8 de diarrhée avec douleurs et gonflement des jointures et des muscles; tandis que 28 seulement à Hambourg ont présenté des symptômes de rhumatisme. Les hémorrhagies du nez et d'autres cavités se sont montrées sur 6 malades dans la même proportion qu'à Hambourg, et l'urticaire, fréquente ici, ne fut pas observée du tout là. La mortalité de 4 à Saint-Pétersbourg, dont un cas de phtisie, n'a été que de 10 à Hambourg. (*St-Petersb. med. Woch.*, n°s 39 et 40.)

HERNIES. *Cure radicale.* Deux faits remarquables par le volume des hernies et l'âge des opérés en sont relatés par le docteur J. Reverdin. Un agriculteur de soixante-douze ans entre à l'hôpital cantonal avec une énorme hernie inguino-scrotale à droite, du volume d'une tête d'adulte; une autre, comme un œuf de poule, existait à gauche. Celle-ci réduite, il est impossible d'en faire autant de la première; cet énorme volume d'intestin hernié a perdu droit de domicile dans l'abdomen. Le malade demande absolument à être opéré.

Une première intervention reste frustre par l'impossibilité même de rentrer toute la portion herniée, malgré la largeur de l'anneau pouvant admettre quatre doigts. L'ouverture est fermée et se cicatrise promptement. Six semaines après, ce malade revient pour être opéré, et, malgré les observations du chirurgien, il dit préférer la mort que de souffrir ainsi. L'opération est faite de nouveau en réduisant d'abord le gros intestin et l'intestin grêle; le collet du sac est suturé au catgut et l'anneau rétréci par cinq points de suture avec débridement de l'aponévrose du grand oblique. Aucune complication autre que celle provenant de l'incurie de l'opéré. Cicatrisation complète un mois après. Ce malade, examiné trois ans plus tard, était parfaitement indemne du moindre orifice au niveau de l'anneau inguinal. Une sorte d'éventration s'était produite à la place, cet homme n'ayant jamais voulu s'astreindre à porter de bandage.

Le second cas est non moins curieux. C'était un jardinier de cinquante-deux ans, fort et très corpulent, portant une hernie droite irréductible depuis sa jeunesse. Accrue graduellement, elle était plus grosse que les deux poings et remplissait les bourses. Une portion intestinale est réduite avec gargouillement, mais le reste, très dur, est absolument irréductible. C'était une épiplocèle.

L'opération est faite le 29 avril avec toutes les précautions antiseptiques et sous le nuage phéniqué comme la précédente. Incision de 15 centimètres. La masse d'épiploon graisseux étant dissociée des parties environnantes, cinq fils de gros catgut en traversent séparément le pédicule avec une aiguille, et, solidement étreinte ainsi, elle est réséquée au-dessous. Elle pèse 476 grammes. Les pédicules réduits dans l'abdomen, le sac est lié aussi haut que possible et réséqué au-dessous. L'aponévrose du grand oblique étant mise à nu, les deux piliers sont rapprochés par trois points de suture entrecoupée au catgut en débridant l'aponévrose avant de lier les fils. Des drains sont placés et la plaie réunie. Aucune complication et quinze jours après l'opéré sortait guéri de l'hôpital, avec un bandage qu'il a porté six mois. Comme dans le cas précédent, une sorte d'éventration s'est faite au-dessus de l'anneau, sans trace de hernie; une petite hernie gauche, servant de soupape de sûreté, a un peu augmenté. Ces deux beaux succès sont attribués aux mesures antiseptiques et surtout aux incisions libératrices de l'aponévrose. (*Archiv. de méd.*, octobre.)

Rapports du sac péritonéal avec l'enveloppe fibreuse commune du testicule et du cordon. Dans la cure radicale des hernies inguinales incoercibles et douloureuses, M. Nicaise signale l'hypertrophie de l'enveloppe fibreuse du testicule se confondant ainsi avec le sac herniaire, au point de ne pouvoir l'en séparer. Il a rencontré cette anomalie chez l'un de ses opérés, âgé de vingt-trois ans. Après l'incision de la peau et du tissu cellulaire, une membrane grise à reflets bleuâtres se présente et est prise pour le sac péritonéal. En essayant de la décortiquer, il tombe sur des adhérences solides et observe que cette membrane était la tunique fibreuse épaissie. Il l'incisa avec précaution et arriva sur le véritable sac, dont la décortication eut lieu facile-

ment. La difficulté est de vouloir décoller ensemble le sac péritonéal et l'enveloppe qui le double. Celle-ci servant de substratum aux éléments du cordon, il est difficile de l'en dissocier, surtout quand elle est hypertrophiée. Tel est l'écueil à éviter dans la cure radicale des hernies inguinales. (*Soc. de chir.*, juin, et *Revue mens. de chir.*, juillet.)

Un *procédé perfectionné* est employé par les docteurs Svensson et Erdmann à l'hôpital Sabbatsberg (de Stockholm). Une ligature est appliquée au collet de la hernie et le sac excisé au-dessous, le contenu étant préalablement examiné par l'incision du sac et réduit. S'il y a seulement de l'épiploon, il est excisé avec le sac. Dans les hernies congénitales, la partie supérieure du sac est seulement excisée, et si le gros intestin est compris dans la hernie et adhérent à la paroi du sac, celui-ci, après être séparé de ses adhérences, est rentré avec l'intestin, et l'ouverture du ligament de Poupart réunie par des sutures. La plaie est lavée avec la solution de sublimé et le pansement fait avec l'iodoforme et l'acide borique. Les abcès sont plus rares depuis que la gaze phéniquée est omise.

Sur les 48 cas opérés, sans être choisis, il y a eu 38 guérisons permanentes, sans retour de la hernie pendant les six mois suivants. Apparue de nouveau dans les autres, elle fut moins douloureuse et gênante qu'avant l'opération. Sur plus de 300 cas de hernie, observés à l'hôpital depuis six ans et demi, 200 environ ont été opérés de cette manière; les autres ont été traités par les injections alcooliques. Aucun décès n'en est résulté, quoique ces hernies fussent souvent des plus volumineuses. (*Lancet*, 26 juin.)

Guérison en quelques semaines. Un singulier procès a été intenté au docteur Velleman, de Bruxelles, pour avoir certifié qu'un garçon de dix-huit ans était atteint d'une hernie *inguino-interstitielle.* En chargeant un poids très lourd, ce garçon avait ressenti une vive douleur dans l'aine, et le médecin avait constaté une très petite hernie qu'il réduisit et fit maintenir par un bandage. De là le certificat délivré. Quel ne fut pas son étonnement, deux à trois mois après, de recevoir une assignation à comparaître devant le juge d'instruction à propos de ce certificat. Ce jeune homme, faisant

partie de l'armée, l'avait produit comme incapable, et l'examen du chirurgien militaire n'avait pas trouvé trace de cette hernie quelques semaines après. D'où l'inculpation de faux, d'après l'impossibilité d'une guérison si rapide. Une punition de deux années d'emprisonnement était demandée comme ayant inventé une espèce de hernie n'existant pas. Le tribunal ayant acquitté le médecin, il y eut appel et il fallut produire les témoignages des sommités médico-chirurgicales belges, les professeurs Soupart et Debaisieux, pour confirmer le jugement, en montrant qu'une hernie subite, causée par la rupture accidentelle du fascia transversalis, bien contenue chez un jeune homme, pouvait disparaître en quelques jours par la cicatrisation de la rupture. Il y a là, comme on voit, un certain rapprochement à faire avec le procès Amagat-Labrousse.

Cure radicale des hernies, par Just Lucas-Championnière, chirurgien de l'hôpital Tenon, un volume in-8, avec 13 figures dans le texte.

Hernie inguino-sous-cutanée. Indépendamment des hernies inguinales congénitales, deux autres variétés sont sous la dépendance d'une anomalie de la descente des testicules dont M. Kuster a observé trois cas. Voici les caractères qu'il donne à celle-ci : grande ouverture du sac, malgré les petites dimensions de la hernie; sac en libre communication avec la cavité abdominale, n'étant pas descendu dans le scrotum, mais retourné en dehors et logeant un testicule atrophié, appendu à un cordon spermatique court. L'explication du mode de développement de ce genre de hernie est difficile à donner. L'auteur a passé les différentes hypothèses qu'on peut faire à cet égard. (*Congrès des chir. allemands* et *Revue mens. de chir.*, décembre.)

Hernie à sac intérieur. Une femme de cinquante-deux ans portait une hernie crurale entrant et sortant sans accident. Des phénomènes d'étranglement se manifestent, et, malgré les purgatifs et autres moyens, elle est apportée à l'hôpital. Le docteur Quenu ne trouve rien à l'anneau. L'aspiration et le lavage de l'estomac restent nuls, et la laparotomie permettant d'explorer l'orifice crural, aucune

anse intestinale n'est rencontrée. Mais dans le voisinage, une autre se trouve engagée dans un petit orifice. On l'en dégage très facilement, et son intégrité permet de l'abandonner dans l'abdomen.

L'examen de l'orifice de cette hernie montre alors qu'il donnait accès à un petit sac mobile du ventre ne se prolongeant pas dans les parois. Le débridement du collet fut opéré pour prévenir les accidents ultérieurs, et la femme se rétablit parfaitement. Considérés par Rokitanski et Parise comme des diverticules congénitaux, ces sacs pourraient bien être ceux d'une autre hernie coïncidente, comme le fait est assez fréquent. D'où l'indication de les réséquer ou les oblitérer, plutôt que de les débrider.

L'inutilité de l'aspiration et des lavages de l'estomac, dont la pratique vient d'Allemagne, est ainsi manifeste. Ces moyens sont impuissants à guérir les étranglements, et la Société de médecine de Berlin en a rejeté l'emploi. Ils sont seulement applicables, d'après M. Berger, quand l'estomac est irritable et distendu par une grande quantité de liquide. Les vomissements chloroformiques en sont parfois atténués. (*Soc. de chir.*, 3 mars.)

Hernie diaphragmatique. Rencontrée à l'autopsie d'un jeune homme mort avec les symptômes d'un étranglement intestinal, elle avait déterminé le développement de l'abdomen, et le côté gauche du thorax était plus large et proéminent qu'à droite, les espaces intercostaux étant même dilatés. Matité absolue sur tout ce côté à la percussion, excepté le triangle sous-claviculaire, qui donnait une résonance tympanique. En ouvrant l'abdomen, les anses de l'intestin grêle, légèrement rouges, présentaient des taches d'injection fine. A l'ouverture du thorax, la plèvre gauche était remplie de liquide sanguinolent provenant du poumon comprimé et repoussé en haut; le cœur étant déplacé à droite. De nombreuses anses intestinales, énormément distendues et très rouges, s'y trouvaient également. La séreuse était opaque, rude et parsemée de nombreuses plaques hémorrhagiques. L'estomac était déplacé à droite, sa grande courbure dirigée vers la paroi abdominale. Au-dessus de l'estomac et du petit intestin, restés dans l'abdomen, l'angle splénique du côlon et une grande partie du

jéjunum étaient passés dans la plèvre à travers un trou de la moitié inférieure gauche du diaphragme, en un point correspondant à la position normale du cœur. Le côlon descendant était très revenu sur lui-même. Il fut difficile de réduire, après des ponctions répétées, l'anse du côlon, une partie de l'épiploon et l'intestin grêle déplacés. L'ouverture diaphragmatique était ovale, de plus d'un mètre de diamètre, constituée par un anneau fibreux fort et épais ; une partie de l'épiploon y adhérait postérieurement. (*Bull. della Accad. med. di Roma*, mai.)

Hernies de l'épiploon. Quand cette complication d'une plaie de l'abdomen se présente, M. Hartmann, d'après les faits recueillis dans son internat , pose les conditions suivantes :

Bien laver les parties herniées avec une solution antiseptique forte; réduire l'intestin, s'il est compris sans être lésé; tirer l'épiploon un peu au delà du point où doit porter la ligature sur des tissus sains et le sectionner au-dessus. Toucher le pédicule avec la même solution, le réduire, suturer les lèvres de la plaie abdominale après l'avoir désinfectée, en comprenant toute l'épaisseur des parois et adossant la séreuse à elle-même. Pansement antiseptique avec couche de ouate suffisante pour comprimer légèrement l'abdomen et le laisser en place cinq jours. Enlever les sutures au second pansement et renvoyer le malade guéri au troisième.

Toutes ces conditions, remplies avec une extrême propreté, sont infaillibles; mieux vaut ne pas toucher à ces hernies que de le faire malproprement. Les accidents sont aussi certains dans ce dernier cas que les guérisons rapides dans les autres. (*Revue de chir.*, mai.)

Résection. Une femme de cinquante-deux ans, qui souffrait depuis quelque temps d'une petite hernie fémorale irréductible avec dyspepsie, coliques et constipation depuis plusieurs jours, fut prise subitement, dans la nuit du 3 mai, de violentes coliques. Un vomitif lui réussissant en pareil cas, elle se l'administra sans aucun effet. A l'examen de M. Gowland, l'abdomen était distendu, tympanitique et un peu douloureux. Piqûres de morphine toutes les quatre

heures, compresses de térébenthine sur le ventre, diète lactée. Des nausées survinrent, et bientôt des vomissements stercoraux. Aucune selle n'ayant eu lieu, un lavement laxatif fut administré et détermina l'évacuation de gaz et de quelques matières. Mais les douleurs de l'étranglement persistaient. M. Southam fut appelé, et le pouls étant fréquent, imperceptible, les vomissements fécaloïdes avec extrêmes coliques dans la région ombilicale, douloureuse à la pression, la kélotomie fut mise en question.

Rien d'anormal n'existait dans le ventre. Une hernie fémorale, comme une simple noix, se trouvait à droite, molle et irrégulière, composée évidemment d'épiploon et tout à fait irréductible. L'étranglement étant manifeste, on supposa qu'une anse d'intestin se trouvait prise dans le collet du sac. La herniotomie fut pratiquée et quelques gouttes d'un liquide clair s'échappèrent en ouvrant le sac, avec une faible portion d'épiploon induré, sans aucun signe de congestion ou d'inflammation. Le sac en était également rempli, et son pédicule, du volume d'un crayon, était fixé au collet par de vieilles adhérences, sans qu'aucune anse d'intestin pût s'y trouver.

Les adhérences étant rompues avec le doigt, le pédicule fut abaissé et serré dans un fil de catgut. Toute la partie inférieure fut réséquée et le surplus rentré dans la cavité abdominale. Il en fut fait de même du sac après résection de son excédent. En s'éveillant, l'opérée exprima un grand soulagement, les douleurs avaient disparu; plus de nausées ni de vomissements, et, sauf la diarrhée pendant quelques jours, la guérison fut complète. D'où la preuve que l'épiploon agit absolument comme l'intestin et exige le même traitement. (*Lancet*, 14 août.)

Hernies de la ligne blanche. *Intervention chirurgicale.* Constituées par l'intestin, l'épiploon, la graisse, ensemble ou séparément, ces hernies siègent à l'épigastre ou aux environs de l'ombilic. D'après les auteurs classiques les plus récents, le traitement est essentiellement palliatif avec les bandages, ceintures et corsets, tandis que, suivant l'exemple de quelques auteurs suisses, allemands et anglais, dont il rappelle les observations éparses, le docteur Terrier a entrepris leur cure radicale, même sans être étranglées. Après en

avoir opéré la guérison sur deux hommes en 1885, il en rapporte deux nouveaux succès obtenus en 1886. Sauf une légère éventration chez les deux premiers, maintenue par une ceinture, et qui ne s'est pas manifestée chez les deux derniers opérés, tous les accidents provoqués par ces hernies épigastriques ou adabdominales — tenant au volume considérable de la hernie, à son inflammation ou au tiraillement de l'épiploon adhérent au pourtour du collet du sac ou au fond du sac herniaire — ont entièrement disparu.

D'où la conclusion, basée sur ces huit faits, que ces hernies dites graisseuses de la ligne blanche, déterminant parfois des troubles de l'appareil digestif, peuvent être excisées avec réunion primitive de l'anneau fibreux qui leur a donné issue et des téguments qui les recouvrent. Celles dites épiploïques, intestinales, provoquant des troubles gastro-intestinaux, des douleurs vives ou une difformité gênante, doivent être traitées comme les autres. On en obtient la guérison radicale par leur réduction avec excision du sac herniaire, avivement de l'anneau fibreux et suture simultanée des parois. (*Revue mens. de chir.*, décembre.)

Il convient d'y joindre l'épiplocèle acquise depuis deux ans, grosse comme un œuf de poule, placée sur les parties latérales de la ligne blanche au-dessus de l'ombilic. Adhérente et irréductible, elle occasionnait des tiraillements dans les grands mouvements, des troubles gastriques et de la diarrhée. Après une dernière tentative de taxis sous le chloroforme, le docteur Routier fait, le 26 juillet, une ligature double en chaîne à la soie du pédicule réduit. Résection du sac, suture de l'orifice fibreux et du péritoine. Guérison le cinquième jour, sans récidive trois mois après. (*Soc. de chir.*, novembre.)

HYDARTHROSES. *Lavage phéniqué.* En Amérique comme en France, ce nouveau traitement, inauguré par Schede en 1875, fait des adhérents. (Voy. *année* 1885.) Le docteur R. Weir relate sept cas d'épanchement chronique du genou, traités avec succès par l'irrigation antiseptique avec une solution à 5 p. 100. Le manuel opératoire est trop simple pour être relaté. Wolkmann, dit-on, l'a employé dans des centaines de cas sans aucune complication sérieuse. (*Soc. méd. de New-York* et *Lancet*, 27 mars.)

Cette nouvelle méthode est l'opposé de ce qui se fait actuellement pour l'hydrocèle. Au lieu d'ouvrir l'articulation par l'arthrotomie, comme on l'a fait à un certain moment, on se borne à la ponctionner avec injection, tandis que ce procédé si fort en vogue sur le scrotum tend à se remplacer par l'ouverture, même avec excision. Voy. HYDROCÈLE.

Applications mercurielles. Les vésicatoires seuls ne réussissant pas, le docteur Bernard les fait suivre d'une compresse enduite d'onguent napolitain recouverte de ouate et d'un bandage compressif comme dans l'hygroma. Quatre jours après, l'épanchement était disparu, et, avec le repos et la compression ouatée quinze jours consécutifs, il n'y a pas eu de récidive contre une hydarthrose du genou droit, suite de chute chez une repasseuse de cinquante ans.

Chez un homme de vingt-cinq ans, s'étant fait une entorse du genou droit en montant en voiture, la jointure était remplie de liquide peu d'heures après. Un vésicatoire suivi de l'application de l'emplâtre de Vigo *cum mercurio* amène la disparition de l'épanchement en cinq jours. A défaut de repos, le genou ayant enflé de nouveau, une compression ouatée est établie, et, huit jours après, la guérison était complète et définitive. C'est évidemment un traitement rationnel à suivre dans la période aiguë de ces épanchements. (*Journ. de méd. et chir. pratiq.*, avril.)

HYDROCÈLE. L'injection iodée d'une simple hydrocèle, développée à droite à la suite d'un coup reçu deux ans auparavant, chez un paysan bien portant de quarante-quatre ans, a produit un accident rare et effrayant. Admis dans la clinique du professeur Boursier à Bordeaux, il fut ponctionné en sa présence par M. Loumeau, qui retira 125 grammes d'un liquide jaune paille. S'étant assuré que le bec de la canule jouait librement dans la cavité, il injecta doucement une solution de 60 grammes de teinture d'iode dans le double d'eau. Immédiatement, l'opéré se plaignit d'une vive douleur dans le cordon et les reins avec des crampes du bras droit, et aussitôt la main et les doigts se contracturaient en se fléchissant, de manière à présenter la griffe ulnaire en quelques minutes, sans convulsions ni syncope. La main se fléchit même sur l'avant-bras, avec contracture

de tous les muscles. L'aponévrose palmaire était fortement rétractée et le court palmaire très tendu. Tous les muscles innervés par le médian étaient en contraction. Le patient était incapable d'articuler un son, sa langue pendant hors de la bouche; les muscles innervés par l'hypoglosse étant aussi contracturés et durs.

Cet état dura environ une heure, malgré des frictions énergiques du bras droit. Les muscles commencèrent à se relâcher, et tout rentra dans l'ordre. L'opéré quitta l'hôpital quelques jours après, étant guéri.

Aucun fait semblable n'a été rencontré dans la littérature médicale, et il n'est comparable qu'à l'effet réflexe produit par les injections de la plèvre, à moins d'admettre une action toxique du liquide injecté. Une sensibilité anormale du testicule suffirait à en rendre compte. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

Ce cas en a rappelé un autre analogue, non moins explicable, à un praticien anglais, Edwin Worth. Un révérend, qui venait deux fois par an depuis plus de vingt ans se faire ponctionner une hydrocèle à droite, avait une hernie inguinale du même côté. Il y a dix ans environ, en venant en juillet pour cette opération, l'auteur fut très étonné de n'obtenir qu'une cuillerée de liquide. L'opéré devant continuer sa route, le trocart fut retiré et les choses restèrent en l'état. Trois jours après, il revint avec une raideur du genou gauche douloureux, sans cependant l'avoir empêché de remplir ses devoirs ecclésiastiques l'avant-veille. Un épanchement abondant existait dans le genou, et l'hydrocèle avait complètement disparu.

Trois jours de repos avec des fomentations soulagèrent le genou. Six mois plus tard, le malade revenait faire sa visite ordinaire, quand son cheval, épouvanté par un chemin de fer, le jeta de côté. Il tomba sur le genou droit qui devint très enflé et l'hydrocèle disparut encore subitement; ce qui ne l'empêcha pas de réapparaître six mois ensuite, jusqu'à la mort du gentleman. (*Lancet*, 17 juillet.)

Incision et résection antiseptiques de la vaginale. Ce procédé fait des progrès rapides contre l'hydrocèle, comme la laparotomie contre les tumeurs abdominales, et après les cas signalés en 1884 et 1885, en voici de nouveaux avec

une opération encore plus radicale. Il ne s'agit plus seulement de l'incision de la vaginale permettant d'en examiner l'intérieur, le docteur Augagneur, chirurgien en chef désigné de l'Antiquaille (de Lyon), résèque une partie de cette membrane pour en tarir plus sûrement la sécrétion morbide. Après avoir rasé soigneusement toute l'aire génitale, savonnée et lotionnée avec la solution phéniquée forte ensuite, surtout dans le sillon génito-crural, il incise la peau sur toute la hauteur de la tumeur sans anesthésie. Elle est presque inaperçue tant elle est rapide, grâce à l'action analgésique marquée de l'acide phénique. Les brides celluleuses étant enlevées, une ouverture de un centimètre est faite, avec la pointe du bistouri, à la partie moyenne qui donne issue au liquide. En prolongeant ensuite l'incision en haut et en bas, avec des ciseaux, les parois de la séreuse sont examinées, ainsi que l'état du testicule, de l'épididyme et du cordon. La peau rétractée par les injections froides, en laissant dépasser la vaginale, celle-ci est saisie séparément des deux côtés et excisée avec des ciseaux au ras de l'incision cutanée. Dans les grosses hydrocèles, il y a avantage à en exciser le plus possible.

L'hémostase faite, car la honteuse externe peut donner de l'hémorrhagie, le spray est dirigé pendant une à deux minutes sur toute l'étendue de la plaie avec une solution phéniquée à 2 1/2 p. 100. Les végétations polypiformes, les plaques fibreuses sont même touchées avec des tampons de gaze imbibée de cette solution. La vaginale est réunie par deux, trois ou quatre fils métalliques sur des plaques de plomb; puis l'aiguille traversant la paroi du scrotum au-dessous de l'incision de la vaginale, l'une et l'autre sont réunies de dedans en dehors, en accolant le feuillet séreux à lui-même par des fils multipliés. Un drain est placé en bas. Ces sutures étant garanties par une bande protectrice, le scrotum est enveloppé dans une épaisse couche de coton ou d'étoupe salicylée, de préférence à la paraffine, et un pansement de Lister complète l'opération.

Une potion opiacée est donnée dès ce moment pour empêcher la défécation pendant trois à quatre jours, l'intestin ayant été vidé avant l'opération. La sécrétion est assez abondante pour lever le pansement dès le lendemain, en raccourcissant le drain des deux tiers. Deux ou trois

jours après, second pansement, qui est le dernier. Les sutures sont enlevées avec la flaccidité du tégument et la disparition du gonflement.

Telle est la modification, sinon le perfectionnement, de cette nouvelle opération. Sans résection de la vaginale, l'hydrocèle s'étant reproduite dans le premier cas, l'auteur a pensé qu'elle était indispensable pour assurer une guérison radicale. Il admet que la douleur est moindre qu'avec l'injection iodée, d'après la déclaration des opérés qui ont pu faire cette comparaison. Une seule hémorrhagie véritable s'est manifestée, et la température, dans un seul cas, s'est élevée au-dessus de 39°. Deux fois, la suppuration a été assez abondante; un opéré présenta une orchite et une rétention d'urine de trente-six heures eut lieu chez un autre. La moyenne du séjour à l'hôpital a été de 17 jours.

Sur 22 cas d'hydrocèle reçus à l'hôpital de la Croix-Rousse, en 1885, 15 opérés, soumis à ce procédé et dont l'observation est relatée, ont tous guéri : 3 avant dix jours, 2 de dix à quinze, 5 de quinze à vingt, 2 de vingt à vingt-cinq, 2 de vingt-cinq à trente, 1 en soixante, sans que le temps ait permis de juger si la récidive n'est pas à craindre. L'examen complet de l'intérieur de la vaginale et sa résection sont des garanties du contraire. L'auteur a pu ainsi en enlever des végétations polypiformes, des plaques calcaires, une dégénérescence graisseuse molle, jaunâtre, comme atrophiée, de l'albuginée; il y avait même détachement de l'épididyme et un kyste spermatique dans d'autres cas. Toutes ces raisons font préférer cette opération sanglante à la simple injection. On comprendrait qu'elle fut préconisée dans les cas exceptionnels où des lésions vaginales sont soupçonnées par la palpation ou la nature même des accidents, sinon l'altération du liquide, comme le faisaient les anciens chirurgiens. La pratiquer exclusivement, dans tous les cas, semble donc exposer la plupart des malades qui guérissaient auparavant avec une simple injection. Il est donc improbable que le jeune chirurgien lyonnais soit beaucoup imité dans cette voie. (*Gaz. hebdom.*, n° 14.)

Ponction et compression. En reconnaissant qu'il est des cas spéciaux où l'incision est nécessaire pour la cure radicale de l'hydrocèle, comme il l'a pratiquée cinq fois, le

docteur Reclus n'en persiste pas moins à admettre que ce traitement consistera encore, dans la majorité des cas, à faire la ponction et l'injection iodée. Il est vrai que des 457 cas d'incision invoqués, il y a seulement 3 cas de mort imputable à d'autres lésions concomitantes et un seul phlegmon. Ses partisans à outrance prétendent même que la guérison est plus rapide, la récidive plus rare, la gravité moindre. Mais en dehors des hydrocèles congénitales où l'injection peut monter dans la cavité abdominale; de l'hydrocèle juxtaposée à un sac herniaire volumineux; dans les récidives de vieilles hydrocèles volumineuses, épaisses et indurées, à cavités multiples avec corps étranger ou altération d'un testicule, justiciables de l'incision, l'injection doit être la règle. M. Tillaux ayant fait un grand nombre de ces opérations, et guéri ses malades, n'est pas disposé à en changer dans l'hydrocèle ordinaire. Si les opérés restent cinq jours au lit, la plupart peuvent vaquer, le huitième, à leurs travaux. Après trois cas d'incision, M. Richelot l'adopte dans les mêmes conditions. Il faut toujours du nouveau pour les jeunes, l'ancien fût-il même préférable. (*Soc. de chir.*, juin.)

Cette injection réussira d'autant mieux que l'on y joindra la compression, suivant le procédé du docteur Horteloup communiqué à la Société de chirurgie en 1870. Il suffit d'enfoncer la canule assez profondément pour que la vaginale, qui se rétracte en se vidant, ne la dépasse pas et que des accidents n'en résultent. Deux couches de coton, de forme rectangulaire, assez étendues pour couvrir la région sus-pubienne, le scrotum et le périnée antérieur, sont appliquées et maintenues avec le suspensoir ordinaire, bien que celui d'Horand, triangulaire et légèrement concave, soit préférable. Par-dessus, trois nouvelles couches de coton comme les premières sont appliquées et recouvertes de trois doubles de tarlatane. Un double spica de bandes de tarlatane maintient le tout; d'autant mieux qu'un aide les enduit de silicate au fur et à mesure de leur application, comme dans le bandage compressif du genou.

Par ce procédé, les opérés sont sans douleur ni fièvre; l'appareil est enlevé du 8e au 9e jour et la guérison est prompte sans aucune récidive. 5 nouvelles observations, reproduites par M. E. Wickham, justifient ces résultats. (*Gaz. hebd.*, no 19.)

HYGROMA PREROTULIEN. *Excision.* Trois succès de ce procédé nouveau ont amené le docteur Houzel à faire une revue complète de tous les autres, employés antérieurement depuis Roux jusqu'à ce jour, et en en citant surtout les revers. Le sien est des plus simples, à l'aide d'un petit artifice, car l'excision est connue depuis longtemps.

L'hygroma étant ponctionné et le liquide qu'il contient écoulé, on remplace celui-ci par une injection de blanc de baleine fondue au bain-marie, à la température de 45° environ. Après avoir attendu un instant, ou en appliquant sur le kyste un mélange réfrigérant, glace pilée ou éther, le blanc de baleine injecté se solidifie en se refroidissant et la poche exactement distendue fait corps avec lui. La dissection est dès lors facile, une échappée du bistouri pouvant seule la compliquer. C'est le procédé décrit par le docteur Pozzi.

Deux choses sont nécessaires au succès : une antisepsie rigoureuse et l'injection d'un liquide solidifiable par le refroidissement. Avec ces deux moyens, on peut aborder hardiment l'extirpation complète des hygromas chroniques. C'est même l'opération de choix, d'après les trois faits à l'appui en comparaison avec les autres. Les vésicatoires, le coussinage, la compression, le badigeonnage d'iode peuvent être essayés d'avance. Avec l'aide des bandelettes de Vigo *cum mercurio* sur le derme dénudé par le vésicatoire et une compression ouatée, la guérison s'ensuit rapidement, au moins dans certains cas. (Voy. *année* 1885.) Il n'est pas admissible cependant que la guérison soit aussi radicale qu'avec l'excision. Les ponctions, le drainage, l'incision devant être proscrits, en entraînant de graves dangers et parfois la mort, il n'y a qu'à choisir entre le traitement médical précédent et celui dont il s'agit. (*Revue mens. de chir.*, septembre.)

HYPNOTISME. Ce sujet devient de plus en plus à l'ordre du jour; son étude est maintenant scientifique et les psychologues surtout s'en sont emparés et en obtiennent des effets remarquables, de vrais miracles pour les profanes. D'où la création de la *Revue de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique* qui vient d'être fondée pour en promulguer toutes les applications.

La suggestion est surtout le moyen employé pour obtenir des effets thérapeutiques. Aux trois guérisons d'hallucinations et de délire, obtenues chez des femmes hystériques (Voy. Aliénation mentale), s'ajoutent des observations plus remarquables. M. Liébault l'a appliquée à l'incontinence d'urine et sur 77 enfants de plus de trois ans ou adultes, suggestionnés de ne plus pisser au lit, les trois quarts ont guéri dans certains cas où l'incontinence remontait à la première enfance. Le professeur Bernheim a obtenu deux guérisons par le même procédé et chez des malades analogues. (*Association française*, 18 août.)

La suggestion est même applicable aux rétrécissements spasmodiques de l'urèthre. M. Delorme en a guéri un, chez un hystérique. (*Soc. de chir.*, mai.) Un autre malade présentant plusieurs signes graves de la grande hystérie, et qui avait été soumis infructueusement à l'uréthrotomie interne, guérit à merveille par la suggestion faite par M. Ramey. (*Soc. de biol.*, 3 juillet.)

Ces résultats s'expliquent par la nature nerveuse de l'affection qu'ils semblent propres à démontrer péremptoirement. L'action des médicaments à distance chez des sujets hypnotisables ne s'explique pas autrement. Les effets les plus surprenants, extraordinaires, se produisent ainsi chez les personnes très impressionnables, émotives, sous l'influence de la peur, la crainte ou la joie. Les pilules de *mica panis* n'agissent que dans ces conditions d'une affection nerveuse chez une personne nerveuse, et nul doute que la plupart des succès de l'homœopathie ne soient dus à ce secret, quand ce n'est pas au régime ou à l'action du temps par une sage expectation.

Ces manifestations exceptionnelles ont lieu surtout chez les hystériques, comme des exemples en ont été signalés. (Voy. Hystérie, 1885.) Ceux obtenus par M. Luys les confirment en tous points. Les phénomènes de nausées et de vomissements se sont manifestés en présentant la poudre d'ipéca au-devant du corps thyroïde. L'expression somatique du goitre exophthalmique se développait de même, au point d'augmenter la circonférence du cou de cinq centimètres par l'application du tube. En pareil cas, les mouvements respiratoires deviennent anhélants et les battements du cœur tumultueux. Il ne s'agit donc pas de simulation, des

photographies prises instantanément représentant ces différences. D'où la conclusion que des substances minérales et végétales déterminent des réactions variées sur l'organisme, des convulsions, des paralysies motrices et sensorielles, des hallucinations. Chez deux femmes atteintes de convulsions hystéro-épileptiques depuis longtemps, cette méthode thérapeutique a fait diminuer les attaques convulsives d'intensité et de fréquence. (*Soc. de biol.*, 9 août.)

Aussi les guérisons d'une arthrite chez un matelot, d'une uréthrite chez un soldat, d'une commotion cérébrale par deux ou trois séances de suggestion, citées par M. Richet fils, à la même Société, le 27 novembre, auraient-elles besoin d'être vérifiées en détail. Il ne suffit pas d'énoncer des faits invraisemblables pour les faire admettre sans conteste.

Par le fait même de l'hyperexcitabilité spéciale où sont placés ces malades, ne s'ensuit-il pas des dangers pour leur système nerveux? Un homme de trente-six ans, sujet depuis sept ans à des absences, des vertiges épileptiques dégénérant en véritables attaques, et une femme hystérique de trente-quatre ans, soumis par le docteur Fournier, médecin de l'hôpital d'Angoulême, à des séances d'hypnotisme, ont été pris d'accidents plus fréquents et plus intenses, de manière à l'obliger d'y renoncer. (*Gaz. des hôp.*)

Au point de vue médico-légal, l'hypnotisme a un autre danger : celui de provoquer au crime. Des filles ont été entraînées inconsciemment à se livrer à leur séducteur, sinon leur hypnotiseur. « Le viol n'est pas rare dans l'hypnotisme, a dit M. Gilles de la Tourette à la Société de médecine légale, il peut même parfaitement passer inaperçu par l'oubli au réveil. Toutefois, les véritables dangers de l'hypnotisme sont surtout constitués par les *accidents nerveux* qui suivent les hypnotisations inconsidérées, bien plus encore que le viol et les *suggestions* dites *criminelles* qui ont trop vivement agité l'attention publique. L'accomplissement de ces crimes par suggestion ne franchira pas la porte des laboratoires, car ils ne sauraient donner aucune sécurité à leur auteur. Il importe donc de réglementer la mise en œuvre de l'hypnotisme, comme on l'a fait pour la vente des médicaments dangereux, et d'interdire complètement, comme en Autriche, et récemment en Italie, les représentations théâtrales des magnétiseurs, les séances publiques des Sociétés de

magnétisme, qui favorisent singulièrement le développement d'accidents ultérieurs en aidant à la propagation vulgaire de l'hypnotisme. » (*Semaine méd.*)

Une communication de M. Naville de Genève à l'*Académie des sciences morales*, sur cette question, a provoqué le réquisitoire énergique de M. A. Desjardins contre ces pratiques. Il met en doute la suggestion mentale irrésistible sans paroles, ni regards, ni gestes, comme le prétendent les champions de l'hypnotisme, et n'admet pas l'efficacité d'un esprit sur un autre sans ces moyens. De là l'atteinte grave portée à l'humanité.

Ses droits sont ainsi en conflit avec les intérêts de l'observation scientifique. Mais quels progrès, quelles conquêtes celle-ci a-t-elle réalisés par ce moyen? La prétendue puissance donnée aux sens de voir à travers les corps opaques n'est-elle pas une pure chimère? Et l'action thérapeutique n'est-elle pas limitée à des effets purement nerveux et psychologiques? Et encore la preuve de leur durée et de leur innocuité sur le moral est-elle faite? On a cru changer par là d'incorrigibles paresseux en enfants laborieux et sages! L'échec éprouvé montre combien est légère et instable l'action de ces pratiques sur le moral. Calmer le délire, faire disparaître les hallucinations chez certaines personnes nerveuses dont le moral seul est troublé, est possible; mais la récidive n'est-elle pas menaçante et, si l'on persiste, des désordres plus graves ne sont-ils pas à craindre, comme chez les épileptiques précités? Le résultat est donc bien peu de chose; c'est une expérience et rien de plus, qui a lieu plus souvent au détriment de la santé des hypnotisés qu'à leur profit. Des troubles nerveux et la perturbation cérébrale en résultent, dès que ce moyen n'est pas employé par un médecin prudent, observateur et porté trop loin. La femme nerveuse devient hystérique. Les facultés mal équilibrées se dérangent tout à fait; la folie est produite par cette surexcitation cérébrale et la mort peut s'ensuivre.

D'ailleurs l'hynotisé, en vertu de son libre arbitre, n'a pas le droit de se laisser hypnotiser, sans enfreindre la loi morale qui lui défend de se mettre à la disposition de l'hypnotisant. L'esclavage n'est-il pas proscrit, par la morale appliquée en vertu de cette liberté? Si nos lois, en haine de l'esclavage, défendent à l'homme d'engager ses services

à vie, n'enchaînant que le corps, comment permettre cette convention qui asservit le corps et l'esprit? L'homme n'a pas le droit d'abdiquer son humanité.

En admettant l'hypnotisant honnête, animé d'intentions irréprochables, ne commet-il pas un crime de lèse-humanité en réduisant son semblable à l'état d'automate, en en faisant sa chose et un faussaire, un empoisonneur, un assassin inconscient, à son gré? On sait aussi qu'il y en a de malhonnêtes, qui n'hypnotisent que pour suggérer des désirs impurs et provoquer des actes coupables, criminels, comme le viol, la confidence d'un secret inviolable. Ces infamies, contraires à la morale, ne peuvent être permises par elle. Des voleurs et des meurtriers soutiennent ainsi qu'ils ont été hypnotisés et ne sont pas responsables, tandis que les criminalistes et les tribunaux rendent les ivrognes responsables des délits et des crimes qu'ils commettent dans cet état. Si donc la loi contre l'alcoolisme atteignait le marchand vendant à un homme, elle doit aussi atteindre l'hypnotiseur coupable des méfaits ou des crimes qu'il a suggérés et commis lui-même par un intermédiaire passif. Cette pratique doit être défendue à qui n'est pas médecin et ne peut l'employer en connaissance de cause, en vue d'un mal à guérir.

La criminalité comparée, par G. Tarde, un volume in-18 de 214 pages, *librairie F. Alcan.*

En faisant partie de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*, ce livre a sa place ici plutôt qu'à MÉDECINE LÉGALE ; ce n'est pas en effet à ce point de vue spécial, ni sous le rapport juridique, que l'auteur l'a fait. Se plaçant à peu près exclusivement au point de vue philosophique, il passe au crible de l'histoire, de la statistique et de la critique, toutes les causes sociales pouvant mener au crime. De là ses titres : le type criminel, la statistique criminelle, problèmes de pénalité et de criminalité. Cette place est surtout justifiée d'après ces paroles de l'avant-propos : « Il n'est plus permis au criminaliste d'à présent d'être un simple juriste... ; il doit être un statisticien philosophe, préoccupé avant tout de l'intérêt général. Il n'est pas mal non plus qu'il soit quelque peu aliéniste et anthropologiste, car... ; la pathologie de l'esprit ou psychologie physiologique par la con-

naissance plus avancée du système nerveux, sans parler même des expériences sur la *suggestion anormale chez les hypnotiques*, force à réédifier sur des bases plus profondes la théorie de la responsabilité pénale. » Le lecteur aura donc ici un avant-goût, une idée de la lacune qu'il s'agit de combler dans ce petit livre très original envisageant son sujet au point de vue actuel.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE. *Forcipressure.* Grâce aux pinces à demeure, le docteur Richelot ne voit plus d'obstacles à cette opération; sachez bien qu'il est myope et porte des lunettes. L'hémorrhagie, qui en était le plus grand écueil et une fréquente cause de mort, est prévenue par ce moyen. Tandis que les ligatures tiennent mal et glissent, il suffit de poser sur chaque ligament large une pince à mors longs et à pression continue, ainsi que MM. Péan, J. Bœckel, Spencer Wells l'ont employée depuis longtemps comme hémostatique. Il prétend que c'est la méthode de choix et c'est son mérite de l'avoir employée ici. Ces pinces ont été imaginées par M. Péan, comme le nom de forcipressure est dû au professeur Verneuil.

Appliqué à cette opération, ce moyen montre sa supériorité sur les autres par la statistique suivante : Sur 10 opérations, l'auteur n'a eu que 3 morts, la première produite par l'hémorrhagie, la ligature ayant cédé; les deux autres chez des cancéreuses opérées *in extremis*. Trois femmes non cancéreuses ont guéri, ainsi que quatre cancéreuses. Aussi est-il hardi pour les indications opératoires. « Tout cancer opérable doit être enlevé par l'hystérectomie vaginale, » dit-il. Pour l'amputation du col, quand le mal paraît bien limité, les histologistes n'en sont plus à compter les boyaux épithéliaux laissés dans le moignon; aussi le professeur Demons considère cette ablation totale comme une excellente opération.

L'avantage des pinces à demeure est confirmé par M. J. Bœckel qui, sur deux morts, en a eu une d'hémorrhagie. Grâce à ce procédé, dit M. Duplouy, un utérus cancéreux impossible à abaisser a pu être enlevé. Mais le collapsus, arrivé quarante-huit heures après, a montré une mortification de la paroi rectale où la pince appuyait. C'est

un danger facile à éviter, suivant M. Péan, en plaçant sous la pince une éponge iodoformée.

Deux ablations totales suivies de récidive, par le professeur Tédenat, infirment ces propositions; tandis qu'une amputation du col reste à l'abri de la repullulation.

L champ de cette opération est d'ailleurs étendu aux fibromes extirpés avant leur enclavement, à certaines rétroflexions et aux prolapsus rebelles aux opérations anaplastiques. Néanmoins, c'est l'*ultima ratio*, suivant M. Marchand. Le raccourcissement des ligaments ronds ne donne pas de bons résultats; mais, avec de la patience, la colpo-périnéorrhaphie postérieure est une excellente opération. Sur 160 applications, Hegar n'a eu que 2 décès par septicémie et sur 60 M. Marchand n'en a eu aucun. (*Congrès français de chirurgie*, octobre.)

Un *prolapsus complet de l'utérus* existant depuis quelque temps et siège de myomes multiples sous le péritoine, le professeur Calderini (de Parme) en fit l'excision par le vagin avec un succès complet. La température consécutive ne dépassa pas 37°,7. Sur 6 hystérectomies vaginales, le professeur d'Antona (de Naples) a eu 4 succès semblables. (*Gazz. degli ospit.*, 21 juin.)

Fistule rectale. Cet accident a été constaté par le docteur Marchand après l'enlèvement d'un utérus cancéreux. La dégénérescence remontait jusqu'au détroit supérieur. Une hémorrhagie s'étant déclarée au fond du vagin, une pince fut placée sur le vaisseau et laissée à demeure. Elle comprenait dans ses mors la paroi antérieure du rectum et en détermina la perforation. Elle s'est heureusement oblitérée ensuite, mais c'est un accident à prévoir dans cette opération qui, par sa nouveauté, réserve sans doute bien d'autres surprises désagréables. (*Soc. de chir.*, 24 février.)

Modification du spéculum Cusco. Enlevant la vis et l'écrou, cause de leurs inconvénients, le docteur A. Reverdin les remplace par un cordon de caoutchouc très résistant, de 15 centimètres de long, agissant sur l'extrémité libre des manches. Une encoche creusée à chacun sert à le placer par un nœud fait aux bouts. Accroché dans la bran-

che périnéale, il suffit de tirer dessus, lorsque les valves sont écartées au degré voulu, et le présenter à l'encoche antérieure pour qu'il y pénètre facilement, aminci par la traction. Le caoutchouc, reprenant son volume primitif en le lâchant, se serre de lui-même contre les parois de l'encoche. A la pression élastique du vagin, on oppose ainsi une contre-pression de même nature dont la force peut être graduée à volonté. C'en est l'avantage. (*Revue méd. de la Suisse romande*, 15 mai.)

HYSTÉRIE. Ce terme n'a plus de limites. L'hyperpyrexie hystérique ou fièvre hystérique est passée dans le langage médical et voici de nouveau une apoplexie hystérique. Où s'arrêtera-t-on dans cette voie, après la monoplégie hystérique ?

Caractères anatomiques. A l'examen du cerveau d'une hystérique, atteinte d'une extrême excitabilité nerveuse, M. Luys a observé sur le lobe gauche, au niveau de la partie supérieure du sillon de Rolando, l'existence insolite d'un pli supplémentaire venant du lobe ovalaire et s'interposant comme un coin entre l'extrémité de la pariétale et de la frontale ascendantes. On constatait en outre sur ce même lobe un fort épaississement à la base de la pariétale ascendante et les flexuosités multiples qu'il décrit.

Le lobe droit n'était pas intéressé dans la même région; mais la circonvolution frontale ascendante était très nettement interrompue dans sa continuité. Cette disposition insolite a été rencontrée jusqu'ici par M. Luys dans le cerveau d'aliénés chroniques, anciens hallucinés.

Un extrême développement des lobes carrés s'observait de même à droite et à gauche. Ces régions étant considérées par certains auteurs comme les territoires propres de la sensibilité psychique, c'est là un fait aussi important que la saillie non moins significative des régions du paracentral coïncidant avec certaines formes d'exaltation cérébrale. (*Acad. de méd.*, 5 octobre.)

Alphalgésie. La douleur au contact de certains objets, que ce mot désigne, est bien connue chez certains hystériques. Une femme, observée par le docteur Pitres, que l'on

pouvait piquer profondément, pincer et brûler sur un point quelconque de la peau du côté gauche, était prise de contracture de la main dès qu'elle touchait un objet en cuivre : bouton de porte, chandelier, pièce de monnaie. Des douleurs très vives s'ensuivaient et même des attaques convulsives, si le contact se prolongeait. Deux autres hystériques ne pouvaient toucher l'argent et le cuivre sans éprouver une sensation de brûlure très pénible et même insupportable au siège même du contact. Un abbé de mes amis, très nerveux, ne pouvait palper un objet de cuivre sans en éprouver une horripilation très désagreable qui lui indiquait aussitôt la qualité du métal, même sans le voir.

Ce phénomène est augmenté dans le sommeil hypnotique. La plupart des malades hypnotisables éprouvent une sensation de vibration douloureuse, comparée à une brûlure violente ou un courant électrique intense, au contact de l'or, l'argent, le cuivre, le fer, l'acier, le plomb, l'étain. Il en est qui ne sont sensibles qu'à l'un d'eux, l'or en particulier; le verre produit le même effet sur quelques-uns. Les deux côtés du corps, même chez les hémianesthésiés ou analgésiés, sont le siège de ce phénomène aussi bien qu'un seul. (*Revue méd.-chir. des malad. des femmes.*)

Hématémèse. Basé sur plusieurs observations, M. A. Ollivier pense qu'en dehors de toute lésion organique de l'estomac et de troubles menstruels, il se produit souvent, chez des hystériques, des gastrorrhagies et des hématémèses. Ce qui les distingue de celles de l'ulcère rond, par exemple, c'est l'absence de troubles profonds de la nutrition, la soudaineté du début, le fait d'une récente commotion nerveuse et le rétablissement rapide de la santé. Il s'agit là, en réalité, d'une forme de l'hystérie locale, à foyer gastrique et à manifestation hémorrhagique; elle reconnaît sans doute comme mécanisme un trouble vaso-moteur avec rupture vasculaire.

Des faits analogues sont cités par MM. Delmas, C. Paul, de Valcourt. M. Leudet signale la fréquence des hémorrhagies gastriques dans l'anémie, la chlorose, en dehors de toute manifestation hystérique; mais l'hystérie peut quelquefois se révéler par ce seul signe, et l'hématémèse a alors la même valeur diagnostique qu'une contracture isolée.

M. Bernheim rapproche les hématémèses hystériques des hémorrhagies suggestives; l'attention des hystériques étant appelée sur un organe, l'estomac par exemple, suffit à y déterminer une congestion pouvant aller jusqu'à l'hémorrhagie. (*Association française*, 16 août.)

Anurie. L'étude de deux hystériques, faite par le docteur E. Rossoni, dans la clinique du professeur Baccelli (de Rome), a révélé les phénomènes suivants. A la suite de la première grande attaque convulsive, des hématémèses et des épistaxis abondantes eurent lieu avec ischurie et un peu plus tard une anurie complète durant plusieurs années. La suppression de la sécrétion urinaire, cessant une fois pendant cinquante jours, s'accompagnait de vomissements irréguliers.

Pendant la suppression des vomissements et la permanence de l'anurie, les symptômes éprouvés n'eurent jamais un caractère de gravité excessive. On fit usage de pilocarpine; on injecta par la voie hypodermique, sans de grands troubles, jusqu'à 14 grammes d'urée à la fois. Les vomissements analysés avec soin, ainsi que la salive, ont montré tous les caractères physiques et chimiques essentiels de l'urine normale.

Ces deux cas singuliers doivent être attribués à un trouble profond dans l'échange de la matière organique ou encore dans le mouvement nutritif général, assimilation et désassimilation, sans qu'il y ait eu pour cela arrêt de ces processus. Pour expliquer ce fait extraordinaire de la sécrétion d'urine par l'estomac, l'auteur n'ose émettre que des hypothèses : névrasthésie des centres nerveux influençant l'activité sécrétoire des reins, etc. (*Rivista clinica*, novembre 1885, fascicule 11e.)

Fièvre essentielle. Une malade, présentant des attaques d'hystérie fréquente, ne cessa d'offrir pendant vingt jours un état fébrile permanent. La température prise par M. Barié dans l'aisselle et dans le rectum, afin d'éviter toute supercherie, dépassa parfois 41°. Malgré cette persistance, aucun trouble appréciable n'a été observé vers les grands appareils. Après le vingtième jour de fièvre, il s'est produit une véritable défervescence brusque, à la façon de la pneu-

monie lobaire ou de l'érysipèle ; mais contrairement à ce qui se passe dans ces pyrexies, l'état de santé n'a subi aucune modification à ce moment : il est resté ce qu'il était, ni meilleur ni pire que pendant la période de fièvre. (*Soc. méd. des hôp.*, et *Journ. de méd. et chir. prat.*, art. 13295.)

Hémiplégie. Après une émotion, une fillette de quatre ans s'affaissa, ne pouvant plus remuer le côté droit ni parler, ayant une distension de la face. Quatre heures après, l'hémiplégie était complète avec analgésie et anesthésie absolues, aphasie, sans irrégularité des pupilles. La paralysie disparut le soir même, mais se reproduisit le surlendemain pour disparaître le jour même. En raison des caractères de cette paralysie, ainsi que des antécédents de nervosisme chez la mère, M. Guyot diagnostiqua une paralysie hystérique comme M. Jules Simon qui vit aussi la malade. Aucune affection vermineuse ne put être décelée, et plus de six mois passés depuis cette époque, sans aucun accident, démontrent qu'il ne pouvait s'agir des phénomènes prémonitoires d'une méningite. (*Idem.*)

Hystérie chez l'homme. *Sensibilité testiculaire.* Dès qu'elle ne peut être attribuée à une cause locale : orchite, hydrocèle, varicocèle, etc., elle est idiopathique et dépend du tempérament. Elle peut être un signe d'hystérie, d'après M. Terrillon, comme l'hyperesthésie ovarienne de la femme. Toutefois, il ne faut pas la confondre avec certaines douleurs névralgiques dont le caractère est particulier.

Celle-ci est brusque, syncopale, avec perte de connaissance et attaques convulsives, après le moindre froissement du testicule. Divers signes hystériques s'ensuivent : hémianesthésie, diminution des sens spéciaux, clou hystérique, etc. Quatre observations de ce genre ont été recueillies et suivies de guérison par l'hydrothérapie. (*Soc. de chir.*, 10 novembre.)

Comme l'hystérie, de règle chez la femme, est l'exception chez l'homme, cette sensibilité est également exceptionnelle. Des hystériques mâles typiques ne la présentent pas; il faut la chercher. On comprend que les masturbateurs ou ceux qui se livrent à des excès vénériens y soient particu-

lièrement exposés, surtout avec le tempérament lymphatico-nerveux qui distingue ces hommes hystériques.

Coxalgie. Un homme présentait une coxalgie gauche dont la nature pouvait être douteuse, jusqu'au moment où il fut soumis au chloroforme pour vérifier l'état de l'articulation. Sous cette influence, la sensibilité extrême de la région de l'aine disparut, la rigidité cessa, les mouvements les plus variés purent être imprimés au membre, sans déterminer aucun craquement. La conclusion était donc qu'il n'existait pas d'adhérence et qu'il n'y avait aucune lésion cartilagineuse ou osseuse, ainsi qu'il eût été facile de le reconnaître dans une coxalgie datant, comme celle-ci, de deux années. Au réveil, les choses se remirent en l'état, sauf la douleur, qui ne reparut qu'un peu plus tard.

Il y a sans doute des coxalgies mixtes, à la fois organique et hystérique, comme le professeur Charcot en cite trois exemples constatés pendant l'anesthésie, chez de jeunes enfants. Ces faits ont une importance considérable pour le traitement, car il serait désastreux d'imposer des exercices, des massages pour une altération organique, et de prescrire le repos pour une coxalgie sans lésion et absolument hystérique.

A propos du malade précédent, des effets immédiats ont été obtenus par le massage. Dans l'état habituel, on constatait chez cet homme une hémianesthésie gauche avec quelques zones où la sensibilité était conservée, où même il y avait hyperesthésie, comme au niveau du genou, de la fesse, de l'aine, etc. De plus, il y avait sensibilité des parties profondes, comme le montrait le choc sur le talon ou le grand trochanter. Or, sous l'influence de massages légers d'abord, constitués par un simple effleurage pratiqué sur la région inguino-crurale et fessière, et ensuite plus vigoureux, on constate au bout de quelques minutes l'insensibilité de cette région, auparavant hyperesthésiée; puis il se produit un engourdissement du membre tel que le malade ne le sent plus, la flaccidité la plus complète a succédé à la contracture : on réalise ainsi par le massage le type d'une paralysie hystérique ayant succédé à la coxalgie. La sensibilité profonde disparaît également ; mais cette transformation n'est que temporaire, et, au bout de quelques heures,

les accidents reparaissent, à peu près semblables à ce qu'ils étaient. Toutefois, comme il y a certaines modifications, on peut espérer qu'après avoir répété l'opération un grand nombre de fois, on arrivera à un moment donné à un résultat durable. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, avril.)

Influence de la compression sur la contracture. En dehors de la contracture essentielle dans l'hystérie (Voy. *année* 1885), le professeur Charcot avait admis qu'un léger traumatisme : piqûre, blessure, pression même, en la déterminant, était une révélation de l'hystérie. (Voy. *année* 1884.) Deux faits très remarquables l'ont confirmé depuis. Un boucher de trente ans recevant une masse de viande sur l'épaule gauche, sans perdre connaissance, resta comme stupéfié et fut incapable de se servir de son bras, devenu flasque. Un bandage plâtré, appliqué à l'hôpital Saint-Antoine, resta en place pendant quarante-cinq jours. En l'enlevant, le membre était en contracture. La rigidité disparut sous le chloroforme, sans aucune lésion locale. Un appareil pour redresser les doigts ne fit que rendre la griffe plus maquée, le pouce en dedans. Ce fut la confirmation, pour M. Charcot, de l'influence de la compression sur la contracture, comme il l'avait déjà rencontrée sur un autre jeune homme atteint depuis six mois d'une monoplégie flasque du bras avec anesthésie. Un ou deux tours de la bande d'Esmarch suffirent à produire la contracture, qui dura tout le temps de l'application. Cet état pourrait même devenir chronique avec un bandage persistant. (*Progrès méd.*)

Apoplexie hystérique. Nouveau nom donné par le docteur Debove à l'apoplexie dite nerveuse autrefois. L'exemple servant de base est un homme de trente et un ans, robuste, ancien quartier-maître de marine, n'ayant jamais présenté d'accidents nerveux. Se levant de table après dîner, le 10 juillet, il perdit connaissance et s'affaissa, restant privé de sentiment douze heures consécutives, sans convulsions ni aucune évacuation. Paralysie gauche complète pendant deux heures avec affaiblissement considérable et hémianesthésie le lendemain, à son arrivée à l'hôpital Andral. L'insensibilité intéressait tout le côté gauche : peau, muqueuses, muscles et organes des sens, constatée

par les moyens les plus rigoureux. Les aimants suffirent à rappeler la sensibilité, en même temps que celle du côté opposé disparaissait par transfert. Plusieurs jours d'aimantation furent nécessaires pour la fixer à gauche; l'anesthésie des deux membres inférieurs exista même un moment. La paralysie motrice suivait les mêmes déplacements.

Tous ces signes justifient donc l'origine nerveuse de cette apoplexie. Le professeur Charcot admet ainsi une hémianesthésie hystérique, et le professeur Vulpian en a relaté un cas consécutif à une perte brusque de connaissance. L'examen nécroscopique ne rencontra aucune lésion intracrânienne.

Tels sont les motifs invoqués par l'auteur pour consacrer le terme d'hystérie existant dans la science et que rien ne peut remplacer. L'hémianesthésie saturnine, alcoolique, mercurielle, sans lésion organique, est d'ailleurs une démonstration clinique assez fréquente pour justifier cette interprétation. Aucune autre raison que l'émotivité de cet homme n'existant chez lui, force est bien de rapporter son attaque d'apoplexie à un effet purement nerveux. (*Soc. méd. des hôp.*, 13 août, et *Gaz. hebd.*, n° 34.)

Hystérie dans l'armée. Dès que l'hystérie est admise chez l'homme dans la vie civile, comme les cas en deviennent de plus en plus fréquents depuis quelques années, elle doit se rencontrer fatalement dans cette agglomération de jeunes gens qui forment en grande partie l'armée. Le titre précédent, pris par le docteur E. Duponchel, n'est donc pas étonnant. Il en relate pourtant 6 exemples seulement, dont 2 à manifestations atténuées. Il n'est pas douteux qu'avec ce premier essai et ses conclusions donnant les caractères auxquels on peut reconnaître ces malades, les cas vont se multiplier bientôt. Il suffira que les sujets soient efféminés, excentriques, nerveux, pour qu'on les taxe d'hystériques, surtout s'ils sont suggestionnables, hypnotisables et ont des crises nerveuses. Les troubles sensitifs et sensoriels les en convaincront d'autant plus, et il est à prévoir que bientôt cette prédisposition sera un cas de réforme. (*Revue mens. de méd.*, juin.)

I

INJECTIONS. L'accident grave signalé à Hydrocèle, en se rapprochant des convulsions et paralysies produites après l'empyème ou la thoracentèse par des injections irritantes, et même l'introduction d'une canule, doit mettre de plus en plus en garde contre l'emploi de ce moyen dans les séreuses. Si c'est un acte réflexe, il peut se produire chez tout individu par l'irritation des nerfs de la séreuse ou de l'injection. En étant plus fréquents dans l'enfance et chez la femme, ces accidents convulsifs commandent surtout de les redouter chez les personnes nerveuses.

Chez une femme de vingt ans, atteinte de pelvi-péritonite suppurée, ayant subi, après deux ponctions vaginales, l'incision et le drainage exécutés par M. Fochier (de Lyon), une crise d'hystéro-épilepsie avec convulsions se manifesta pendant un lavage antiseptique au sublimé. Un coma complet, sueurs froides, pouls imperceptible s'ensuivirent, et la respiration ne fut maintenue que par des secousses électriques intermittentes. Après deux heures de cet état, la connaissance revint peu à peu, et la guérison était complète un mois plus tard. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, septembre.) Voy. Anémie.

Injections gazeuses rectales. L'emploi de ce nouveau moyen, qu'il ne faut pas confondre avec les lavements ordinaires, a fait grand bruit, en raison même des effets surprenants qu'il produit sur les affections pulmonaires chroniques. Les accès d'asthme, les catarrhes en seraient améliorés et jusqu'à la phtisie même. (Voy. *ces mots*.) La toux et l'expectoration diminuent, la fièvre cesse et le sommeil revient. Il n'y a pourtant pas à s'enthousiasmer; ce n'est pas encore le spécifique de la tuberculose, et il y a des précautions à prendre dans son usage, car ces injections gazeuses, faites trop rapidement, ont amené des douleurs abdominales avec diarrhée et vomissements répétés. Voy. Phtisie.

Injections hypodermiques. *Manuel des injections sous-cutanées*, par MM. Bourneville et Bricon. En indiquant aux

praticiens les divers médicaments susceptibles d'être employés sous cette forme, les auteurs ont obtenu un vrai succès. La première édition, promptement épuisée, a été suivie d'une seconde, enrichie des nouveaux médicaments usités depuis; après celle-ci en viendra bientôt une troisième.

Injections ferrugineuses. Les différentes préparations ferrugineuses solubles : les pyrophosphate, peptonate, citrate, malate, albuminate, expérimentées par le docteur Hirschfeld, et même l'hémoglobine de Deschiens, se sont toutes montrées douloureuses, en obligeant d'y associer la morphine ou la cocaïne pour en diminuer la souffrance. Elles sont donc inapplicables et même inefficaces, bien que l'on ait prétendu le contraire à l'étranger. Le fer passant rapidement dans les urines, à la suite de ces injections hypodermiques, n'est pas une preuve de son absorption. L'urine en contient normalement une certaine quantité qui augmente par la suppression du fer dans l'alimentation. Ces injections sont d'une inefficacité absolue. (*Contribution à l'étude des ferrugineux en injections hypodermiques*, thèse inaugurale, Paris.)

De ses nouvelles études cliniques et expérimentales, l'auteur conclut :

1° Les injections ferrugineuses sous-cutanées sont douloureuses;

2° Ces injections sont inefficaces;

3° Cette médication est peu pratique et difficilement applicable dans la clientèle;

4° Actuellement, il n'existe aucune préparation qui réalise toutes les conditions désirables pour ces injections. (*Bull. de thérap.*, juillet.)

Des constatations de divers observateurs et d'expériences sur les animaux, le professeur Stokis pense que le fer s'emmagasine dans les organes hématopoiétiques et sert à la régénération de l'hémoglobine après les hémorrhagies par exemple. Mais les injections sous-cutanées de fer ne lui paraissent pas préférables à son administration par la bouche. Ce métal, dit-il, est excrété par l'urine sans s'être localisé sur les organes dont il modifie l'action. (*Association néerlandaise*, 1885.)

Injections intra-veineuses. *Solution de chlorure de sodium.* L'emploi de l'eau salée dans les dernières épidémies

de choléra semble avoir mis cette transfusion à la mode, au détriment de celles du sang, pur ou défibriné, et des divers autres moyens préconisés pour le remplacer. Elles sont très usitées en Allemagne depuis cinq ans, surtout contre l'anémie essentielle ou produite par des hémorrhagies. Le docteur Harrington a pu recueillir 26 cas où elles ont été employées, dont 16 guérisons et 10 décès. Sur trois faites à Boston, il y eut, au contraire, une seule guérison et deux morts, au total 17 guérisons et 12 morts sur 29 cas. Ce résultat est donc encourageant et doit faire imiter cette pratique, employée avec succès par M. Lépine. (*Boston Society*, 5 avril, et *Boston med. and surg. journ.*, n° 21.)

La formule des solutions varie beaucoup suivant les lieux et les opérateurs, et surtout la quantité injectée. Au-dessus de 66 onces en un quart d'heure, dit M. Harrington, elles semblent dangereuses. Injecter un litre d'eau salée peut, en effet, bien être mortel, quoique des quantités considérables aient été injectées par M. Hayem dans le choléra. Pour ces doses et le manuel opératoire, on peut donc se rapporter à l'observation de M. Lépine. (Voy. Anémie.)

IODOFORME. A l'occasion de deux cas d'empoisonnement arrivés en 1876 dans la pratique du docteur Cutler par l'usage topique de suppositoires et de bougies enduits d'iodoforme, l'auteur a recherché les cas analogues relatés dans les annales de la science. Il a pu dresser ainsi une liste de 77 cas authentiques, dont les 20 premiers appartiennent à Kœnig et la plupart des autres à des chirurgiens allemands. C'est dire assez l'abus qu'ils en ont fait sur les hommes, les femmes et les enfants, surtout dans les opérations gynécologiques. Oberlaender en a même administré 42 grammes à l'intérieur en dix-huit jours et 5 grammes en sept jours, tandis que le maximum d'un gramme s'est montré nocif dans certains cas. Il serait superflu de s'étendre sur les signes et le traitement trop connus de ces empoisonnements. Après tous ces méfaits, il est justement délaissé et remplacé par l'iodol. (*Boston Society*, 10 mai, et *Boston med. and surg. journ.*, n°s 4 et 5.)

L'*iodol*, d'origine allemande, semble avoir été mis au jour pour tenir compte de son congénère, à cause de sa toxicité. Très soluble dans l'éther, qui en absorbe un peu plus que

son poids, il pourrait être substitué à l'iodoforme contre les abcès froids, mais son défaut de solubilité dans les autres liquides empêche d'en étendre l'usage. On l'emploie surtout sous forme de poudre, pommade ou solution dont voici les formules :

Solution :	Iodol	3 grammes.
	Alcool	35 —
	Glycérine	62 —
Pommade :	Vaseline	10 grammes.
	Iodol	2 —

En chirurgie, il est utilisé dans le pansement des plaies étendues, des tumeurs et des fistules. En thérapeutique oculaire, M. Trousseau l'a trouvé inférieur aux pommades usitées contre les blépharites non ulcérées ; tandis que la pommade à l'iodol est incontestablement supérieure contre la forme ulcéreuse. Ses propriétés modificatrices guérissent les ulcérations qui réclamaient le crayon de sulfate de cuivre. En renouvelant son application cinq à six fois par jour, les ulcérations se cicatrisent rapidement en les touchant matin et soir avec un pinceau imbibé de la solution alcoolique. Inférieur à l'iodoforme contre les conjonctivites aiguës, il réussit dans les formes chroniques, torpides, des strumeux et des arthritiques. Gros comme un grain de blé entre les paupières quatre à cinq fois par jour est du meilleur emploi. Il est ainsi moins douloureux dans la variété phlycténulaire que le précipité jaune. Un badigeonnage de la solution alcoolique a amené une rapide amélioration dans la conjonctivite granuleuse; mais la douleur exige de n'en faire qu'un par jour. Il donne aussi les meilleurs résultats en pommade, contre la kératite pustuleuse et phlycténulaire. Deux ulcères torpides de la cornée en ont été rapidement guéris. Mais les taies, même récentes, en ont été peu modifiées. L'insufflation de la poudre d'iodol, par ses propriétés irritantes, pourrait remplacer avantageusement le calomel et l'iodoforme. (*Bull. de thérap.*, page 425, et *Berlin. klin. Woch.*, n° 4.)

J

JÉJUNOSTOMIE. Cette nouvelle opération, inaugurée en Angleterre comme nous l'avons indiqué l'année dernière,

s'y trouve déjà disputée entre deux concurrents à la priorité. Le 27 novembre 1885, M. Golding Bird en communiquait le premier exemple suivant à la *Clinical Society*. Un homme de quarante-six ans, présentant des symptômes d'obstruction pylorique depuis dix mois, entrait à Guy's Hospital avec une tumeur et une émaciation considérable. Après trois semaines de traitement médical par le lavage de l'estomac, on résolut de pratiquer la pylorectomie. Le 25 octobre, en suivant la méthode de Billroth, on découvrit que la tumeur, adhérente au foie, ne pouvait être enlevée. A défaut de l'opération radicale, le jéjunum fut saisi à deux pouces du duodénum et attiré à l'extérieur avec une longue pince, tandis que les parois de la plaie abdominale étaient réunies; le jéjunum fut ensuite fixé par des sutures continues à la partie inférieure droite de cette plaie. L'opéré, alimenté par la bouche et le rectum pendant trois jours, le fut ensuite directement par la fistule établie sur la partie saillante du jéjunum. On observa alors qu'en introduisant par cette fistule une pinte de liquide alimentaire, il s'ensuivait chaque fois une indigestion; tandis qu'en limitant cette quantité à dix *ounces*, elle était parfaitement tolérée. D'où l'idée que l'indigestion pourrait être due dans certains cas au passage trop libre du chyme à travers le pylore, plutôt qu'au trouble des sécrétions gastriques et pancréatiques.

Toujours est-il que l'opéré se nourrissait parfaitement par cette fistule lorsque, par une maladresse regrettable, l'injection fut faite dans le péritoine, d'où la mort immédiate. Tel est l'enseignement de cette opération palliative contre le cancer du pylore, à défaut de la pylorectomie. (*Lancet*, 5 décembre 1885.)

Dans le n° suivant du 12, le même journal publiait un exemple d'une opération analogue pratiquée le 8 septembre par M. Pearce Gould à l'hôpital de la Tempérance à Londres, sur un ingénieur civil de quarante-trois ans, vomissant tout ce qu'il prenait et très émacié. Après quinze jours de traitement à l'hôpital par le docteur Lee, ce malade étant reconnu atteint d'un rétrécissement malin du pylore, le chirurgien n'avait plus qu'à intervenir. Après avoir comparé les difficultés opératoires réciproques et surtout la mortalité considérable de la pylorectomie, la gastro-entérostomie et l'entérostomie, la jéjunostomie fut choisie et adoptée

de préférence comme la plus facile. Une incision de la ligne médiane s'étendant d'un pouce au-dessous de l'appendice xyphoïde à un demi-pouce de l'ombilic permit, en introduisant l'index, de constater une masse dure occupant la fin de l'orifice pylorique jusqu'au duodénum et infiltrant les ganglions mésentériques. La partie supérieure du jéjunum fut dès lors amenée au bord de la plaie et fixée par une double rangée de sutures avec la soie phéniquée. Malgré le nuage phéniqué, la plaie fut pansée à la ouate salicylée en rapprochant les bords de l'incision.

Après des lavements alimentaires les deux premiers jours, une petite incision ouvrit l'intestin le 10, à trois heures de l'après-midi, et servit aussitôt à l'introduction d'un liquide laiteux. Mais l'opéré n'en éprouva aucune amélioration et continua à vomir et à délirer jusqu'à la mort, le 11, trente-six heures après l'opération.

L'idée première et l'exécution de la jéjunostomie appartiennent donc bien incontestablement à M. Gould, et si le succès n'a pas répondu à son attente dans un cas où il n'y en avait guère à espérer, il n'est pas moins évident qu'elle peut maintenant entrer en ligne avec les précédentes contre les rétrécissements cancéreux du pylore, non opérables. C'est l'analogue de la gastrostomie contre le cancer du pharynx ou la colotomie contre celui du rectum. Sous ce rapport, elle a peut-être plus de chances d'entrer dans la pratique que la pylorectomie, surtout lorsque le cancer est très étendu. La guérison radicale étant impossible, mieux vaut encore pallier le mal que l'enlever.

K

KAVA. Découvert par les premiers explorateurs français du Pacifique, ce *piper methysticum* a été introduit en France par le docteur Dupouy, médecin de marine. Mais la difficulté de s'en procurer dans le commerce n'a permis d'en faire un emploi étendu que dans ces dernières années. Son action est surtout marquée sur les voies urinaires. Elle fut indiquée il y a plus d'un siècle par les naturels, l'employant en boisson contre la blennorrhagie. Plusieurs guérisons en sont rapportées à ce mot.

Mais il agit de même contre la cystite spasmodique du col, selon le docteur Sanné. L'extrait hydro-alcoolique employé en pilules de 10 centigrammes, correspondant à un gramme de la poudre, donne des guérisons surprenantes. Un malade dont la dysurie était extrêmement douloureuse, mis à l'usage de quatre de ces pilules par jour, graduellement élevé à six et huit, en éprouva un effet merveilleux. Ce spasme incoercible, durant depuis un mois environ, diminua dès le second jour avec une urine plus abondante et claire. La sonde fut bientôt inutile et le malade guérit définitivement. Il en fut de même chez un homme de soixante-quinze ans, souffrant depuis trois semaines de besoins incessants d'uriner, lorsqu'il fut pris d'accidents aigus après un refroidissement. Quelques émollients n'ayant pas d'effet sensible, huit pilules de kava sont administrées, et, deux jours après, l'urine sortait en jet et claire, sans douleur notable. Une récidive des accidents, douze jours plus tard, fut conjurée de même. (*Bull. de thérap.*, mars.)

Action anesthésiante. Des expériences du docteur L. Lewin, qui en a obtenu une résine en traitant la racine de kava par l'essence de pétrole, lui ont montré qu'en plaçant cette résine en petite quantité sur la conjonctive d'un animal, les yeux sont pris de clignotements et bientôt la conjonctive et la cornée deviennent insensibles à toute irritation, même traumatique. Les pressions et les tiraillements locaux laissent l'animal indifférent ; le globe semble plus proéminent et les paupières écartées; diamètre normal de la pupille réagissant à la lumière. Aucune altération anatomique n'en résulte.

La résine injectée dans le tissu cellulaire sous-cutané détermine le même effet. La région devient insensible aux excitants mécaniques, chimiques et thermiques, sans aucun symptôme inflammatoire. De là une action générale sur l'économie expliquant peut-être ses bons effets sur les voies urinaires. L'anesthésie produite sur les cobayes et les grenouilles persiste jusqu'au neuvième jour. Le kava semblerait donc un succédané de la cocaïne, en plus de ses propriétés sudorifiques, diurétiques et stomachiques. (*Soc. de méd. de Berlin*, et *Berlin. klin. Woch.*, n° 1.)

KYSTES. *Traité des kystes congénitaux*, par le professeur Lannelongue, chirurgien de l'hôpital Trousseau, et Ch. Achard, interne. Un volume in-8° de 500 pages, avec 54 figures et 12 planches chromolithographiées. Paris.

Kystes mucoïdes. De nature épithéliale et tapissés d'un épithélium semblable à celui des muqueuses, ces kystes se développent sur les ovaires dans une proportion considérable donnant ainsi à l'ovariotomie de nouveaux dangers, méconnus jusque dans ces dernières années. Aux 46 cas de récidives malignes, signalés par M. Terrillon (Voy. OVARIOTOMIE, 1884), le docteur Poupinel en joint près de 100 autres collectés en Allemagne, surtout sur les opérées de Schroder. On a ainsi actuellement au total 144 cas de généralisation de ces kystes mucoïdes ou tumeurs malignes de l'ovaire. L'infection de l'organisme se faisant par cet organe comme par les autres, c'est donc un nouveau danger de l'ovariotomie dont il y aura d'autant à réduire les succès, soit que cette récidive ait lieu dans l'ovaire congénère, soit sur les organes adjacents ou éloignés, le péritoine seul en comptant 69. L'anatomie pathologique et le pronostic de cet épithélioma kystique, dont la marche est ici bénigne comme dans d'autres régions du corps, la face en particulier, sont ainsi résumés par l'auteur. (*Thèse inaugurale*, Paris, et *Revue mens. de chir.*, juillet.)

Deux nouvelles récidives en sont signalées par M. Terrillon, qui le premier en France paraît avoir donné l'alarme à ce sujet. Il s'agit de kystes multiloculaires dans les deux cas, comme le sont en général les kystes mucoïdes ou épithéliaux. Il siégeait sur l'ovaire droit chez une femme de cinquante-sept ans, opérée le 7 janvier dernier, avec l'aspect macroscopique ordinaire, mais des points sarcomateux furent constatés sur l'épaisseur de ses parois au microscope. Une tumeur solide comme une orange sur l'ovaire gauche avait le même caractère.

Les adhérences étaient si abondantes dans le second cas, à l'exploration, que l'ovariotomie ne fut pas faite; l'autopsie montra un sarcome évoluant sur un ovaire et un kyste multiloculaire dans l'autre. La récidive est toujours à redouter quand des éléments sarcomateux se rencontrent sur un kyste mucoïde ou épithélial et même mixte. (*Soc. de chir.*, mai.)

Kystes hydatiques du foie. *Difficultés du diagnostic.* Elles existent surtout dans ceux qui siègent à la face convexe. Dans un cas de ce genre, malgré toute l'attention du docteur Guyot au début, chez un sous-lieutenant de vingt-quatre ans présentant une douleur interne à la base droite de la poitrine, avec perte d'appétit et dyspepsie, accès de fièvre irréguliers, on ne pensa pas tout d'abord à un kyste. Des frottements pleuraux dans toute la base du poumon droit et quelques froissements sous la clavicule firent plutôt rattacher les accidents à une tuberculose latente, surtout d'après l'avis de consultants très autorisés. Envoyé à Amélie-les-Bains, où il fut soumis à un régime lacté et à tous les soins que comportaient son état, le malade se remit et revint avec une bonne santé apparente. Ce ne fut malheureusement qu'un éclair; tous les accidents reprirent leur cours, et, malgré les soins et les avis les plus éclairés, le kyste ne fut décelé que quand il était trop tard. La ponction en retira 800 grammes de pus et de sang, mais l'opéré continua à décliner et succomba en pleine connaissance.

Cette erreur de diagnostic vient évidemment des bruits pleuraux existant à la base du poumon droit. Dans l'état d'émaciation de ces malades, le moindre signe suspect au sommet fait soupçonner une phtisie commençante, si rien n'appelle l'attention au foie. Dans deux cas semblables, M. Ollivier, ayant constaté des crochets d'échinocoques dans l'expectoration des malades, porta son attention vers un kyste hydatique du foie. C'est donc un symptôme à ne pas négliger. Les frottements pleuraux ou la pleurite sèche de la base sont d'ailleurs, pour M. E. Labbé, un signe presque constant d'affection hépatique. Il l'a constaté sur les 6 derniers malades atteints de kystes hydatiques du foie observés par lui. C'est donc en profitant de ces données, révélées par la relation de ce cas fatal, qu'elles pourront servir à l'avenir. (*Soc. méd. des hôp.*, 8 octobre.)

Acupuncture multiple. Chez une fille de vingt-huit ans, portant depuis deux ans une volumineuse tumeur du creux épigastrique dont la nature kystique fut démontrée par une ponction aspiratrice donnant une cuillerée à soupe du liquide caractéristique, M. Lecerf, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Valenciennes, songeait à l'ouvrir largement au bis-

touri après avoir établi des adhérences. Il donna la préférence à l'acupuncture multiple de Trousseau. Six aiguilles à repriser d'environ cinq centimètres de long, chacune enfilée d'un fil solide, furent enfoncées sur la tumeur jusqu'au chas, à la distance d'un centimètre, formant une ellipse pour faire l'incision au centre. Une vive réaction avec douleurs, vomissements porracés, fièvre indiquant une péritonite, s'ensuivirent, mais pour céder au cinquième jour que les aiguilles furent retirées. Une seule donna issue à du liquide kystique qui inonda la malade le lendemain et les jours suivants. Une membrane l'obtura et put être attirée entièrement; d'où l'issue du reste du liquide plein une cuvette par une ouverture du calibre d'un crayon ordinaire. La tumeur a guéri, sans autre complication et sans récidive depuis treize ans. Démenti formel de l'assertion de M. Rendu, dans le Dictionnaire encyclopédique, article Foie, page 241 : « Cette méthode n'a été employée qu'une fois sans donner aucun bon résultat, et l'acupuncture n'a jamais été essayée depuis. » (*Soc. centrale de méd. du Nord*, 11 juin, et *Bull. méd.*)

Ponction. On ne saurait trop surseoir à la laparotomie, après le succès relaté par le docteur Villette chez une femme de vingt-neuf ans. Malade depuis deux à trois ans, avec douleur sourde et sensation de plénitude dans le côté droit, cette femme présente tous les caractères, jusqu'à la douleur du cou, d'un énorme kyste de la face inférieure du foie. Première ponction le 13 décembre 1884 donnant un litre d'un liquide clair comme de l'eau, incoagulable. Seconde le 29, avec le même résultat. Troisième le 19 janvier 1885, et la malade fut guérie ensuite complètement. Il est même admissible que la première ponction ne fut pas aussi efficace, parce que le kyste ne put être épuisé complètement, l'aiguille étant attirée à l'intérieur par le retrait de la poche kystique dans les deux premières ponctions. Dix mois plus tard, la santé était parfaite. (*Bull. méd. du Nord*, avril.)

La simple ponction a été aussi employée par M. Polaillon, mais avec le gros trocart et le gros tube. Le traitement a duré trois mois, sans complication. D'où la préférence de ce procédé simple et sans danger à l'incision abdominale. (*Soc. de chir.*, 28 avril.)

Un succès plus complet en est relaté par M. Le Dentu chez une femme de vingt-sept ans, opérée de même d'un kyste semblable compliqué de pleurésie légère. Deux litres de liquide sans crochets furent évacués par une première ponction. Une élévation de la température à 40° survint aussitôt sans aucune cause appréciable. Le liquide se reproduisit ensuite, et la malade ayant été prise d'une pneumonie grave simultanément dont elle guérit, le chirurgien songea au kyste hépatique. A son grand étonnement, il n'en trouva plus trace à l'examen, et depuis la tumeur n'a pas reparu. (*Idem*, 19 mai.)

Des faits analogues sont cités par les médecins des hôpitaux. M. Sevestre a vu plusieurs de ces kystes guérir après une seule ponction, et M. Dieulafoy en cite également deux autres. Le plus étonnant, c'est que cette ponction, ne donnant même aucun liquide, devient parfois palliative sans être jamais nocive. A la suite de trois ponctions frustres chez le même malade, le docteur Millard a observé une diminution des douleurs, sans aucun changement de l'état physique. Un malade de M. Gallard, présentant une volumineuse tumeur de l'hypocondre, fut ponctionné deux fois sans issue avec un gros trocart par M. Richet; l'autopsie montra cependant la présence d'un kyste hydatique. Chez un autre malade, dix ponctions ont été pratiquées sans succès depuis deux ans, avec l'appareil aspirateur. La laparotomie serait-elle aussi innocente? (*Soc. méd. des hôp.*, 26 nov.)

Laparotomie. Une femme avait un kyste, énorme comme un kyste ovarique, et M. Terrier l'opéra comme tel. La tumeur était adhérente aux parois de l'abdomen, à l'intestin et à l'épiploon, mais assez longuement pédiculée à la face inférieure du foie; elle fut sectionnée à ce niveau, le pédicule étant suturé à la paroi.

De la bile et un liquide d'une odeur repoussante s'écoulèrent par la fistule durant quelques jours. Cette odeur fécale de la bile putréfiée, déjà signalée par Valentin, a été observée par d'autres opérateurs. En deux mois, la guérison fut absolument complète, quoique le kyste contînt 62 hydatides. Dans l'impossibilité d'atteindre ces tumeurs par la ponction ou l'incision, ni même les caustiques, il n'y a que la laparotomie à faire. (*Soc. de chir.*, 10 février.)

Chez un garde républicain du Val-de-Grâce, M. Poulet en ouvrant le ventre tomba sur un kyste non adhérent, ponctionné et vidé en partie. Il fixa la poche aux parois abdominales pour prévenir l'issue du liquide dans le péritoine. Cinquante jours après, l'opéré était guéri.

Cette large ouverture, en facilitant l'issue de la vésicule mère et en conjurant plus sûrement les accidents septiques, semble préférable dans la majorité des cas. L'auteur, dans une revue sur ce sujet, donne une statistique de 55 cas par l'incision, dont il évalue plutôt qu'il ne fixe la mortalité à 10 p. 100. Il s'en déclare hautement le partisan, d'après le succès unique qu'il en a obtenu. (*Revue mens. de chir.*, juillet.)

Quatre fois, M. Bouilly incisa simplement des collections purulentes hépatiques, et les résultats consignés dans une thèse ont été des plus heureux, 3 à 4 litres de pus s'écoulèrent sans accident dans un cas. La guérison s'opère en moyenne en trois à quatre semaines; il faut donc ouvrir largement, lorsqu'il y a suppuration.

Cette pratique des jeunes chirurgiens n'est pas approuvée par leurs maîtres. Sans s'opposer à la laparotomie, le professeur Verneuil désapprouve son emploi général. Le gros trocart est applicable dans un grand nombre de cas, comme M. Marc Sée s'en est servi dans toutes ses interventions. Il rend des services, suivant M. Le Fort, quand les hydatides ne sont pas adhérentes à la paroi.

Il faut donc distinguer, selon M. Dieulafoy. La ponction simple peut être suffisante dans certains cas. Tels sont les kystes jeunes, uniloculaires, avec minces parois. La récidive alors est le développement d'une vésicule nouvelle; mais, dès qu'un kyste suppure, il faut agir chirurgicalement et le moyen le plus efficace et inoffensif est la laparotomie.

Il n'y a jamais de suppuration après la ponction, d'après M. Blachez. On peut la répéter impunément. Il a fait une dizaine de ponctions en divers points sur un kyste hydatique du foie à l'hôpital Necker, sans retirer jamais plus de deux à trois cuillerées de liquide. (*Soc. de chirurgie*, 17 février et 12 mars.)

Simulation d'ascite et communication avec les voies biliaires. Chez un mécanicien de vingt-deux ans, attaqué par un

malfaiteur qui le fit tomber sur un corps dur correspondant à la région hépatique, le docteur Landouzy observa à son arrivée à l'hôpital Tenon, trois ans après cet accident, le volume considérable de l'abdomen contrastant avec un amaigrissement considérable. Sa circonférence est, au niveau de l'ombilic, de 92 centimètres, formant une saillie en pointe dans le décubitus dorsal. Pas de frémissement hydatique; palpation et percussion indolores; pas d'œdème; urines normales ; rien au cœur. Bon appétit, sans vomissements; selles normales, bien colorées ; pas de fièvre ; température rectale, 37°,2.

Une paracentèse pratiquée le 23 avril, au milieu de la ligne ilio-ombilicale gauche, donne issue à 12 litres d'un liquide jaune safran. Malgré l'affaissement immédiat, une voussure persiste correspondant à une tumeur dure, arrondie, dépassant de trois doigts le rebord costal et s'étendant de la ligne médiane à la ligne mamelonnaire. Elle est indolore et mobile.

Le liquide retiré contenait 185 grammes d'albumine. Il n'y eut ni douleurs, ni urticaire, ni ictère à la suite. Néanmoins, le liquide se reproduit, et, un mois après, une seconde ponction donne 10 litres d'un liquide vert plus foncé. Dans celui-ci, l'albumine s'élève à 158 gr. 8 avec augmentation des chlorures minéraux qui, de 2 gr. 6 à la première, s'élèvent à 23,6 à la seconde. Troisième ponction deux mois après : 8 litres de liquide d'un vert encore plus foncé. Le malade, envoyé à la campagne, en revient deux mois plus tard engraissé, le ventre réduit à 75 centimètres de circonférence, sans tuméfaction appréciable. Mais la tumeur, mate, indolente et mobile, semble fluctuante; la matité hépatique s'élève jusqu'à la cinquième côte. Le malade se refuse à toute nouvelle opération.

Aux deux observations analogues publiées antérieurement par Murchison et M. Bouilly, une quatrième est relatée par le docteur Boiteux, qui l'a recueillie en 1882, dans le service de M. Const. Paul. Comme dans les trois cas précédents, la seconde poche était hydatidique, ainsi que la ponction l'a démontré. A l'autopsie de celui-ci, la vésicule biliaire, énormément dilatée et envahie par les hydatides, constituait le kyste abdominal. Il peut donc exister une variété de vésicules dilatées simulant des ascites et dues à

la communication d'un kyste hydatique avec la vésicule biliaire. A l'exception du cas de Murchison, c'est l'explication probable dans les trois autres. (*Revue de méd.*, mai et octobre.)

Kyste thyroïdien calcifié. La tumeur, prise pour un chondrome kystique par M. Houzel, fut extirpée avec succès au bistouri; mais, en cas de diagnostic exact, un autre procédé est préférable. Le professeur Trélat appelé, il y a deux ans, près d'un homme de trente-quatre ans, épuisé par la suppuration profuse d'une poche semblable qui ne pouvait se rétracter malgré les cautérisations, fit une longue incision avec l'écraseur, et enleva ensuite avec la curette les concrétions calcaires qui tapissaient les parois internes de ce kyste. Il n'y a pas effusion de sang de cette manière, ni d'hémorrhagie à redouter. (*Soc. de chir.*, décembre 1885.)

Kyste hydatique du poumon. *Pneumotomie.* Un homme de quarante-six ans ayant eu, il y a dix ans, une vomique hydatique à l'Hôtel-Dieu, menait depuis une vie misérable. Des accidents pénibles et une expectoration abondante et fétide lui rendaient tout commerce impossible avec ses semblables. Entré à l'hôpital Cochin, il fut examiné par M. Bouilly, qui, pour le débarrasser de sa poche purulente, fit au devant de la caverne une incision en V, comme pour la thoracotomie, qu'il pratiqua ensuite. La paroi du kyste se montra à nu. Un trocart fut enfoncé, et la poche incisée crucialement dessus avec le thermocautère. Malgré les incidents de la pénétration du sang, tout se calma, et le kyste fut dès lors bourré avec la gaze iodoformée, sans en gratter la paroi. Un pansement antiseptique, changé les jours suivants, eut lieu sous des pulvérisations pour ne pas irriter la paroi.

Depuis, l'opéré est sans fièvre et l'expectoration, qui remplissait trois crachoirs par jour, est réduite à quelques crachats. Cette opération, non encore faite en France, et si redoutable en apparence, peut donc s'exécuter sans danger. (*Soc. de chir.*, 21 juillet.)

Une réclamation de M. Moutard Martin annonce qu'il a fait une pneumotomie en 1873 pour arriver sur un kyste du foie ouvert dans les bronches.

M. Poulet a vu un kyste de ce genre donner lieu à une vomique et à une caverne consécutive. Il proposa la pneumotomie refusée par le malade, et il croit qu'en pareil cas, à défaut d'adhérence des feuillets de la plèvre, il faudrait les suturer comme pour l'ouverture des kystes du foie.

Un kyste hydatique du foie ayant été pris pour un du poumon, un médecin l'incisa largement dans l'espace intercostal, à la partie postérieure du thorax. La plaie se cicatrisa sans guérison et M. Reclus dut inciser de nouveau. Après l'extraction d'un drain de la cavité, il réséqua la douzième côte pour avoir un bon drainage. Cette côte, dénudée et grattée la première fois, était considérablement hyperostosée. (*Idem*, 28 juillet.)

Danger de la ponction exploratrice. En présentant une malade de vingt-cinq ans, guérie par une incision thoracique avec résection de la 7e et la 8e côte, au dernier Congrès des chirurgiens allemands, J. Israël insiste beaucoup sur la gravité de cette ponction. Elle expose à l'introduction du liquide de la poche dans la plèvre, sous l'influence des quintes de toux. Bien des péripéties et des dangers ont ainsi exposé la vie de la personne présentée par suite de cette malheureuse ponction. Deux méthodes seules doivent être employées pour éviter l'entrée de l'air : sectionner la paroi et suturer la plèvre à la poche kystique à ouvrir ensuite. Ce procédé en un temps est indiqué pour les gros kystes. En augmentant la pression intra-thoracique, la paroi kystique est pressée contre l'incision et empêche l'entrée de l'air.

Dans les autres, le procédé en deux temps par la formation préalable d'adhérences est plus sûr. On incise à petits coups pendant chaque pause expiratoire, en tamponnant pour éviter autant que possible l'entrée de l'air à chaque inspiration. (*Revue de chir.*, décembre, page 1017.)

Kystes hydatiques des os, thèse d'agrégation présentée à la Faculté de médecine de Paris, par le docteur Gangolphe. 52 observations mettent leur forme multiloculaire en évidence par l'infiltration primitive d'hydatides dans les aréoles du tissu spongieux. Leur expansion, en les amincissant, les fait disparaître à la longue. De là la destruction

de l'os et sa fracture spontanée. Ils sont heureusement rares, car ces 52 cas ont été collectés parmi 3000 kystes viscéraux. Le diagnostic, très difficile, n'est assuré que par la ponction exploratrice. Leur gravité résulte de 20 morts sur 40 observations.

Kyste intra-péritonéal. Nouvel exemple de la difficulté du diagnostic des kystes du foie. Une tumeur ombilicale, chez un homme de vingt-quatre ans, ayant donné, à la ponction, issue à un liquide clair comme de l'eau de roche, fit diagnostiquer un kyste hydatique par M. Bouilly. Toutefois, il semblait siéger dans la paroi abdominale lors de sa reproduction trois mois après. Une incision verticale de 12 centimètres fut pratiquée profondément, afin d'énucléer le kyste. Au contraire, la poche s'ouvrit et un litre de pus phlegmoneux s'échappa, en même temps qu'une poche hydatique, grosse comme une orange, flottait au milieu du liquide.

En détergeant la cavité, il fut évident que, loin de siéger dans le tissu cellulaire, elle existait entre les deux feuillets du péritoine. Les anses intestinales furent trouvées agglutinées en arrière par la péritonite chronique et recouvertes de ses produits. Le lavage en fut fait comme de la toilette du péritoine après l'ovariotomie. La suture des parois abdominales avec drain à la partie inférieure termina l'opération. (*Soc. de chir.*, 24 février.)

Kyste du rein droit. Aucun signe local ne le décèle, d'après le docteur Mosler; il n'y a pas de tumeur et l'on provoque seulement de la douleur en explorant la région lombaire du côté droit. Mais depuis six ans, le malade, âgé de trente et un ans et syphilitique, n'a cessé de souffrir d'accidents des voies urinaires qui ont fait admettre successivement la lithiase, une néphrite, un catarrhe gastro-intestinal, selon la nature des symptômes, lorsque, après une rétention d'urine, une vésicule hydatique fut projetée avec violence sous l'influence des contractions. C'était le 16 mai 1883 et depuis le malade n'a cessé de rendre périodiquement, à la suite de coliques et de rétention, des vésicules hydatiques, à époques plus ou moins éloignées, dont une aussi grosse qu'un œuf de poule. De véritables

accès de coliques précèdent ces émissions, et l'urine reste ensuite épaisse et d'un brun foncé pendant plusieurs jours. Il y eut même de l'urticaire et du gonflement des genoux à la suite d'une évacuation en mai 1885 avec palpitations et vomissements. Le 18 décembre, ces coliques s'irradiant au testicule droit furent suivies de l'émission d'une trentaine de petites vésicules. Néanmoins, l'état général est bon et les fonctions digestives normales. (*Soc. méd. de Greifswald*, février.) Voy. TUMEURS RÉNALES.

Kystes de l'ovaire. On ne sait rien de positif sur leurs causes, suivant le docteur Peaslee, ces causes étant exclusivement cherchées dans le défaut ou l'excès du fonctionnement de ces organes. Or, sur 1000 cas, Spencer Wells a montré que 569 existaient chez des mariées et 431 sur des célibataires. Des 500 cas collectés par Boinet, 390 malades n'avaient pas eu d'enfants. La stérilité serait donc une cause excitante de ces kystes. Au contraire, sur 150 cas, le docteur Fenwick a trouvé 80 femmes ayant eu un ou plusieurs enfants et 7 avec avortements; 63 seulement n'ayant pas conçu. La fécondité en Angleterre coïncide ainsi avec une plus grande fréquence de ces kystes qu'en Allemagne et surtout en France, où la population ne se double actuellement qu'en 110 et 140 ans, tandis que 60 ans suffisent à cet effet dans le Royaume-Uni. La gestation en est donc une cause probable.

Rapports avec la phtisie pulmonaire. En dehors des coups et chutes auxquels on attribue le développement de ces kystes, l'inflammation et le prolapsus des ovaires, on n'a pas recherché si la dégénérescence des follicules de Graaf n'en est pas la source. L'hérédité n'a pas davantage été interrogée à cet égard. D'où la théorie émise par M. Fenwick que les kystes proviennent, dans beaucoup de cas, d'une tendance héréditaire dégénérative comme dans les familles tuberculeuses. Sur 148 autopsies de femmes ovariotomisées, faites à l'hôpital des Femmes depuis 1882 jusqu'en octobre 1886, et quelques autres faits isolés provenant d'amis ou d'auteurs, il résulte que l'âge moyen variait de 39 à 43 ans : soit à peu près le même que celui de 39 fixé par Spencer Wells dans sa statistique. Quant à l'hérédité, elle est notée seulement dans

60 cas : 5 fois comme bonne et 55 fois comme morbide dont 32 de phtisie, notamment en ligne directe, et 15 de tendance ovarienne. Avec les cas d'asthme héréditaire souvent confondus avec la phtisie, c'est un total de 42 malades frappées de cette hérédité ou 70 p. 100.

A l'appui de ce rapprochement, l'auteur invoque aussi les cas fréquents de phtisie chez les hommes atteints d'affection testiculaire. Il forme même un tableau généalogique de deux familles pour montrer cette hérédité directe; mais on ne peut voir là que des exceptions ou de simples coïncidences. Il n'y a donc pas de raison d'y voir une relation positive de cause à effet. (*Lancet*, 16 et 22 octobre.)

Torsion du pédicule. Curiosité anatomique quand elle est légère, cette torsion a des conséquences graves, si elle est complète, en comprimant d'abord les veines hypertrophiées, puis l'oblitération des artères. Si le kyste, dans certains cas, peut diminuer et s'atrophier, le pédicule se rompt avec quelques tours de plus et la péritonite subaiguë en résulte avec adhérences généralisées. Les torsions brusques et complètes entraînent des hémorrhagies intra-kystiques et intrapéritonéales inquiétantes et même mortelles. Sur 100 observations de kystes opérés, M. Terrillon a constaté 4 torsions dont une avec rupture. Des poussées alarmantes de péritonite existaient dans 3. Ces 4 opérées guérirent, malgré des adhérences très étendues.

D'où l'indication d'intervenir aussitôt que possible pour parer aux accidents graves, si la torsion est brusque, et ne pas laisser aux adhérences le temps de s'établir si elle est lente. La laparotomie sera d'autant plus efficace qu'elle combat utilement la péritonite, suivant M. Lawson Tait. (*Congrès français de chirurgie*, octobre.)

Un exemple en a été rencontré par M. Heurtaux chez une femme atteinte, depuis un an, d'un kyste peu volumineux ayant manifesté sa présence par trois poussées successives de péritonite, sans aucune cause apparente. Mise à nu, la paroi du kyste était brune, ressemblant à une congestion intense avec adhérences nombreuses et récentes. Le liquide était sanglant et foncé comme du sang veineux et le pédicule tordu par trois à quatre tours complets.

Après quelques symptômes de péritonite, l'opérée guérit;

mais le chef de clinique constata, sur la face interne du kyste, une multitude de pertuis d'où la pression faisait sourdre du sang veineux, paraissant résulter d'une rupture par excès de pression intra-vasculaire à la suite de la torsion.

La *rupture complète du pédicule* peut même résulter de cette torsion, d'où les accidents foudroyants de la gangrène du kyste. Mais s'il a contracté des adhérences vasculaires avec les organes voisins, il peut continuer à vivre. Aux deux seuls exemples déjà signalés, le professeur Heurtaux en a observé un troisième, chez une femme de trente-quatre ans, très maigre, à la suite de deux poussées de péritonite et ayant le ventre très développé, mesurant 1 m. 15 de circonférence. Caractères d'un kyste à droite avec tumeur dure dans le cul-de-sac postérieur simulant un fibrome de l'utérus immobile.

Après l'évacuation d'un gros kyste de l'ovaire droit, apparut à gauche une autre tumeur, plus grosse que le poing, dont le pédicule était une longue adhérence l'attachant à l'extrémité inférieure du mésentère et lui permettant de se loger dans le cul-de-sac postérieur. Mort de péritonite après cinquante heures.

Cette tumeur était un kyste de l'ovaire gauche ayant encore à sa surface les vestiges du ligament de l'ovaire et de la trompe, rompus près de l'utérus. La surface de rupture manifestement ancienne était frangée et irrégulière. Il n'y avait pas trace de torsion. La pression exercée sur cette tumeur par le gros kyste paraissait avoir déterminé cette rupture. (*Soc. de chir.*, 13 octobre.)

L'exemple suivant du docteur Shepherd vient encore à l'appui. Une femme de soixante-trois ans était admise le 26 juin 1885 à l'hôpital pour une tumeur de l'abdomen remontant à deux ou trois ans. Le docteur Johnston ayant confirmé le diagnostic de kyste, l'ovariotomie fut pratiquée le 7 août avec toutes les précautions antiseptiques. Deux kystes, du volume d'une noix de coco chacun, furent trouvés, et un nombre prodigieux de plus petits variant depuis un œuf d'oie jusqu'à un pois. Le pédicule assez long fut lié et rentré. Les suites furent très simples, sauf un peu de tympanite, et le huitième jour la plaie était cicatrisée.

La récidive se manifesta dès le commencement de 1886. La malade refusa de se soumettre à une nouvelle opération jusqu'au 19 avril, où, devant l'accroissement de la tumeur, elle y consentit. Le kyste était la contre-partie du précédent, seulement plus petit. Le pédicule, plus long, était tordu sur lui-même. Une ligature fut placée à son origine et l'opérée s'en alla encore guérie... en apparence. Car ne doit-on pas craindre une nouvelle récidive dans les cas de cette nature ? (*Lancet*, 19 juin.)

Erreurs de diagnostic. Voy. LAPAROTOMIE.

Injections au chlorure de zinc. Pratiquées et répétées à plusieurs reprises pendant huit ans dans un kyste que l'on croyait uniloculaire, elles ont amené chaque fois des douleurs extrêmement vives. La malade ayant succombé à une suppuration du foie, on constata le ratatinement de la poche ovarienne ayant perdu son épithélium.

MM. Trélat et Terrier condamnent ces injections comme déplorables et trouvent l'ovariotomie préférable. M. Gillette, n'ayant pu enlever en totalité un kyste multiloculaire, a tenté de détruire la portion restante par ces injections caustiques; mais elles doivent rester fatalement inutiles, même dans ce cas, les kystes multiloculaires n'étant autre chose que des épithéliomas, comme M. Poupinel l'a démontré dans sa thèse. (*Soc. de chir.*, 3 mars.)

Kyste vaginal. Dès son premier accouchement à vingt-deux ans, une femme s'aperçut d'une grosseur dans le vagin, survenue sans douleur, mais gênante, et les accouchements successifs en furent rendus très laborieux. Elle devint douloureuse au commencement de 1884, et du liquide purulent s'écoula par un pertuis. Entrée à l'Hôtel-Dieu, âgée de quarante-deux ans, elle présenta à M. Tillaux une tumeur assez difficile à expliquer.

Après avoir éliminé la cystocèle, la hernie intestinale et l'abcès froid, il ne restait possible qu'un kyste profond du vagin, bien que l'absence de glandes de l'hymen à l'utérus parût en exclure l'existence. C'était en effet un kyste naissant des membranes conjonctives du vagin ou plutôt de l'endothélium provoqué par les contractions du premier accouchement.

Ces considérations ont fait l'objet d'une brillante leçon du savant chirurgien, qui, ayant enduit de cocaïne la surface de ce kyste, pratiqua une incision en croix et en excisa les angles. D'où une ouverture circulaire permettant de vider le kyste et de faire deux lavages successifs avec une solution de chlorure de zinc à 4 p. 100. Cette opération, extrêmement sensible d'ordinaire, n'a provoqué aucune plainte par l'action anesthésique de la cocaïne. La guérison s'est faite sans encombre. (*Tribune méd.*, 10 janvier.)

L

LAPAROTOMIE. Cette ouverture du ventre, employée de plus en plus couramment par les jeunes chirurgiens, dès qu'une tumeur abdominale ou un néoplasme quelconque se rencontre dans cette vaste cavité, n'est-elle pas de nature à discréditer la chirurgie et à nuire surtout au diagnostic? On ne se donne plus guère le temps de palper, de percuter ni d'attendre la signification des symptômes pour être en mesure de porter un diagnostic exact, précis, raisonné. A quoi bon temporiser, tâtonner en aveugle quand, en un instant, avec un simple coup de bistouri mettant les parties à nu, on peut s'assurer, *de visu*, de ce qu'il en est. On trouve plus expéditif, même en cas de doute, de s'éclairer en ouvrant le ventre par une incision exploratrice comme moyen de diagnostic. On s'est familiarisé ainsi avec cette opération, qui, de la plus rare et redoutable, est devenue la plus commune et fréquente.

Mais il n'est pas si aisé de refermer le ventre que de l'ouvrir. Si légèrement qu'on le fasse, une idée préconçue existe toujours sur la nature du mal et il s'agit alors de vérifier son jugement. De là des explorations, des recherches manuelles, le déplacement des organes, parfois même des débridements, des ponctions, etc. L'opération la plus innocente en apparence devient ainsi la plus redoutable en réalité. Et cela pour constater parfois.... une erreur mortelle !

La facilité d'admettre la présence d'un kyste de l'ovaire est la principale cause de ces erreurs. Sur 4 laparotomies

pratiquées par le professeur Jeannel (de Toulouse), avec ce diagnostic, 3 se sont trouvées des tumeurs étrangères. L'une était un myôme utérin pesant 7 kilos 300 après résection, qui adhérait intimement au cœcum et à l'iléon. La troisième était un énorme carcinome de l'intestin grêle, chez une femme de trente-trois ans, dont l'excision entraîna la mort en quelques jours. La dernière était une masse ganglionnaire dégénérée du mésentère que l'on dut laisser en place, bien que la femme ait succombé de l'opération dans les vingt-quatre heures. C'est donc trois erreurs de diagnostic et deux morts immédiates, du fait même de l'opération. (*Soc. de chir.*, 6 janvier.)

Nul doute que le diagnostic, dans tous ces cas, ne fût très difficile et embarrassant; mais pourquoi n'y voir alors que des kystes de l'ovaire pour justifier la laparotomie? Dès que les caractères n'en sont pas démontrés, il serait bien plus scientifique de s'abstenir. L'honneur de la chirurgie y gagnerait, et les malades une survie plus ou moins prolongée.

Cette grave opération est ainsi en train de s'introduire dans le traitement des kystes de l'ovaire. (Voy. *ce mot.*)

Son emploi contre les ruptures spontanées et traumatiques de l'estomac est encore *sub judice* en Allemagne. Trois applications en ont été faites par Mikulicz dont il rapporte l'unique succès chez un homme de quarante ans, opéré sans diagnostic positif. C'était une perforation intestinale dans la fosse iliaque gauche datant de trois jours. Les faits et les avis pour et contre, mis en présence, montrent que la question n'est guère soluble. La réserve est aussi louable que l'action; tout dépend, en cas d'accidents aigus, de celui qui assiste le malade. Résolu et à l'hôpital, on opère; prudent et à la campagne, on s'abstient souvent dans des conditions identiques. Le hasard préside ainsi à son emploi. (*Arch. de méd.*, août, page 241.)

Dans l'*étranglement de l'intestin grêle*, il ne faut jamais recourir à cette opération, d'après M. Debierre, qu'après le lavage de l'estomac, des injections liquides ou gazeuses dans le gros intestin; car, suivant la disposition anatomique de la valvule iléo-cœcale, il y a chance, d'après ses expériences, si elle est insuffisante, que ces liquides ou ces gaz

passent au-dessus et détruisent l'étranglement. (*Lyon méd.*, n° 45, 1885.)

A voir l'enthousiasme que montrent les chirurgiens radicaux pour cette opération contre les kystes du foie, d'après les récents succès obtenus depuis que M. Richelot l'a préconisée, il est à prévoir qu'elle va se généraliser contre cette affection et les abcès de cet organe. Voy. KYSTES.

Elle est de même employée contre les abcès du bassin, ou du moins péri-utérins, selon le docteur Ch. Fenger. Depuis cinq ans qu'elle est à l'ordre du jour, 50 à 60 auraient été pratiquées dans ce but spécial. Aux 46 cas rapportés par Lawson Tait dans ses *Diseases of the ovaries*, il en a ajouté 7 depuis et Gaillard Thomas 5, ainsi que 4 autres par différents gynécologistes anglais et allemands. L'Amérique en avait 15 cas à son avoir en 1884, l'Angleterre 25, dont 7 d'abcès pelviens, et l'Allemagne 22. (*Société gynécol. de Chicago*, 19 février, et *Boston med. and surg. journ.*, n° 14.)

Contre une hématocèle rétro-utérine déterminant l'obstruction intestinale, M. Prengrueber pratiqua la laparotomie comme la seule planche de salut pour la malade traitée par le docteur Vicente. Le contenu péritonéal évacué, la guérison fut rapide. (*Semaine méd.*, 6 janvier.) Cet exemple exceptionnel ne peut faire généraliser une opération si grave contre l'hématocèle en général. La laparotomie sous-péritonéale, dont il est question plus loin, pourrait du moins être tentée de préférence.

Appliquée comme elle l'est actuellement à la péritonite, surtout en Angleterre, elle marque l'alliance la plus étroite entre la médecine et la chirurgie. Le médecin peut bien reconnaître la péritonite, mais devant l'insuccès fréquent du traitement médical, comment recourir à la laparotomie? Beaucoup de gynécologistes distingués ne l'oseraient même pas. Dans 4 cas semblables, M. Wade, médecin de l'hôpital général de Birmingham, s'est vu ainsi dans la dure nécessité d'envoyer ses malades à un chirurgien, dont deux à M. Tait en particulier. Telle est la condition spéciale et nouvelle créée par cette opération. (*Lancet*, 20 février.)

Traitement chirurgical de la péritonite. Thèse d'agrégation à la Faculté de médecine de Montpellier, présentée au concours de la Faculté de médecine de Paris, par le docteur

H. Truc, ancien prosecteur de la Faculté de médecine de Lyon; brochure in-4° de 185 pages, *librairie F. Alcan*, Paris.

C'est l'histoire de la laparotomie appliquée à la péritonite aiguë, essentielle et symptomatique, mise à l'ordre du jour par les succès énoncés par Lawson Tait. Elle est ainsi admise dans les péritonites traumatiques avec ou sans plaie, locales et généralisées par certaines tumeurs, l'étranglement herniaire ou l'occlusion intestinale. On intervient même avec des succès croissants dans les péritonites purulentes, simples, ou puerpérales pour faire la toilette du péritoine. L'audacieux chirurgien anglais se préoccupe même peu de la nature du mal et ouvre largement le ventre. On ne saurait pourtant enrayer ainsi une tuberculose péritonéale. C'est la seule restriction de l'auteur. Une bibliographie de 12 pages termine cette monographie.

Nouvelle application dans l'ulcère du duodénum. (Voy. *ce mot.*)

La pathologie de l'abdomen entier, longtemps délaissée à cause de l'inanité du traitement, a bénéficié de la réhabilitation de la laparotomie. (*Augagneur*, thèse d'agrégation sur les tumeurs du mésentère, Paris.)

Dans un cas de rétention du placenta et septicémie puerpérale, Schulze a pratiqué la laparotomie et amputé le corps de l'utérus, absolument comme dans l'opération de Porro. La femme a guéri. (*Réunion des méd. allemands*, septembre.)

Elle a été proposée contre les plaies pénétrantes de l'abdomen par le professeur Dennis, au dernier meeting de l'Association médicale de New-York, tenu le 15 février. Deux opérés guéris ont été soumis à l'appui. Une anse d'intestin hernié avait reçu deux blessures dont une de deux pouces de long. Celle-ci fut suturée et l'intestin réduit. L'autre avait une plaie pénétrante de quatre pouces au-dessus et à gauche de l'ombilic. La laparotomie médiane permit d'examiner l'intestin en entier, sans y constater aucune blessure. La guérison s'ensuivit. 15 autres cas de divers chirurgiens sont fournis à l'appui.

Il n'en fut pas de même dans deux cas de blessures péné-

trantes, par coups de feu. Il y avait une blessure du foie avec hémorrhagies profuses et l'intestin comptait sept ouvertures dans le second. La mort s'ensuivit dans les deux cas.

Il l'a même exécutée dans un cas de double anévrisme glutéal. Mettant les viscères de côté, il pratiqua la ligature des deux artères iliaques internes dans le bassin. L'opéré succombait une semaine après l'opération d'une affection chronique des reins. (*Lancet*, 17 avril.)

D'où la conclusion que les blessures et les ruptures de l'intestin étant certainement mortelles, et la laparotomie n'ajoutant que peu ou pas de dangers, la suture de l'intestin permet de venir au secours des blessés. La blessure ne peut souvent être diagnostiquée que par l'ouverture de l'abdomen; de là la justification de cette exploration par une division de la ligne blanche plutôt qu'un simple agrandissement de la plaie. (*Med. news of Philadelphia*, et *Boston med. and surg. journ.*, 4 mars.)

Laparotomie diagnostique. La proposition formelle en a été faite à la dernière session de l'Association chirurgicale américaine par le docteur Chr. Johnson (de Baltimore). Et au lieu d'une petite incision, une fenêtre ou le simple débridement d'une plaie ou d'une blessure abdominale, comme on le comprenait jusqu'ici, c'est une large incision de la ligne blanche, mettant toute la masse intestinale à découvert. Voilà ce qu'il s'agit de faire toutes les fois que le diagnostic d'une douleur, tumeur, l'extension d'un coup de feu, d'une plaie pénétrante, est incertain; sinon, le chirurgien ne peut conclure ni s'assurer s'il y a issue de matière fécale, perforation, volvulus ou hémorrhagie. L'exploration manuelle ne suffisant pas à s'en assurer positivement, il n'y a pas lieu d'attendre, de temporiser, ni de rester dans le doute, il faut procéder immédiatement. Elle n'ajoute aucun danger à l'état du blessé. « C'est le devoir du chirurgien dans un grand nombre de cas, toutes les fois que le diagnostic ne peut être établi autrement. La gravité de l'opération est atténuée par la rapidité mise à son exécution, et ses conséquences sont si légères qu'elle peut être réclamée par sa haute valeur et sa nécessité pour établir un diagnostic précis. »

Quand l'intestin peut être lésé et laisser échapper son contenu, la mort est inévitable si rien n'est fait, dit le doc-

teur Vanderweer, et il ne s'agit pas d'attendre dans les cas de coup de feu ni de violence externe où l'opération peut sauver la vie. Dès que le blessé est dans le collapsus, il est trop tard. Elle devra donc être faite fréquemment à l'avenir.

Elle n'est justifiée, au contraire, suivant le docteur Ewing (de Philadelphie), qu'après les manipulations externes, un examen interne, s'il est possible, et l'aspiration. La laparotomie doit être le dernier moyen comme le plus grave. Plus son expérience augmente, plus grande est sa conviction que le ventre ne doit pas être ouvert sans de mûres réflexions. La mort est une grave pénalité à payer pour la perfection du diagnostic. Les méthodes externes ont pourtant été très perfectionnées dans ces derniers temps à cet égard. La tendance actuelle semble être en faveur de l'ouverture de la cavité abdominale, plutôt que de cultiver cette adresse essentielle qui permet de faire le diagnostic sans opération. Les assertions de Tait : que cette ouverture est de peu d'importance, ont encouragé beaucoup de jeunes membres de la profession à exécuter cette opération trop vite. Un malade d'Ewing ayant une tumeur abdominale douteuse, il est arrivé avec le temps à diagnostiquer un carcinome. Il n'a pas cru de son devoir de s'en assurer plus tôt en ouvrant le ventre. Il a scruté avec soin la fluctuation, afin d'opérer, non pour assurer le diagnostic, mais pour soulager le malade. Quand la vie dépend de cette méthode de diagnostic, comme dans l'obstruction intestinale et les blessures par coup de feu, il ouvrirait l'abdomen; beaucoup de vies ayant été perdues par défaut de courage du chirurgien à agir dans ces cas.

Le défaut de limites de l'incision dans cette méthode diagnostique peut être une cause de mort, selon le docteur Parkes (de Chicago). Etendue au delà de l'ombilic, elle rend la guérison plus lente. Elle ne doit être faite qu'après de minutieuses recherches dans l'obstruction intestinale pour en établir la cause. Appelé le neuvième jour dans un cas de ce genre, il ouvrit le ventre, malgré l'extrême collapsus du malade, et un petit kyste s'offrit immédiatement. Il se rompit à la moindre pression et le pus, très fétide, s'épancha dans le péritoine. L'opéré guérit, tandis que le refus de l'opération, chez un nfant de dix-huit mois, entraîna la mort.

L'autopsie montra une intussusception de l'intestin grêle sans adhérences qui fut réduite aussitôt. La guérison eut donc été probable. Dans le cas de tympanisme, l'incision de l'intestin est jugée préférable à la piqûre pour l'expulsion des gaz; la suture consécutive est plus sûre contre l'effusion des matières fécales pouvant suivre ces piqûres, comme on l'a constaté dans deux cas.

Dans quatre cas d'obstruction intestinale rencontrés en 1885, le docteur M. C. Lane Tiffany a proposé la laparotomie. Repoussée dans deux, elle fut suivie de mort; pratiquée dans les deux autres, elle amena la guérison dans un. L'autre était une femme de soixante-trois ans dont l'obstruction datait de sept jours avec tympanite extrême, l'intestin s'étant rompu à l'examen.

Son application dans deux autres cas par le docteur J.-F. Thompson (de Philadelphie) permet de juger de sa valeur. Femme de trente-cinq ans atteinte d'une tumeur abdominale depuis plusieurs années ayant l'apparence ovarienne avec deux sinus externes, dont l'un conduisait dans le péritoine. Laparotomie diagnostique sur l'avis de plusieurs chirurgiens. Il n'y avait pas de tumeur interne, mais une masse dure des parois. La plaie fut fermée et, l'opérée étant morte, l'autopsie montra une tumeur de la rate abaissée au-dessous de l'ombilic et adhérente à la paroi.

Tumeur très mobile de l'hypocondre, avec douleurs déchirantes. La malade et son mari demandent instamment une intervention. L'abdomen ouvert montre une tumeur d'apparence carcinomateuse entourant le côlon transverse avec adhérence au foie. L'abdomen fut refermé et l'opérée vivait encore un an après. Cette exploration diagnostique est donc inutile, quand le mal reconnu est inopérable. De là l'hésitation du chirurgien en l'absence de toute tumeur. En refusant d'intervenir en pareil cas après un examen minutieux, le docteur Carmalt se convainquit, à l'autopsie, qu'il s'agissait d'une simple bride et qu'il eût pu sauver son malade. (*Boston. med. and surg. journal,* 6 mai, n° 18.)

Un marin de vingt-cinq ans fut atteint d'un coup de feu dans l'abdomen le 12 août, la balle entrant à deux pouces au-dessous et à gauche de l'ombilic. Deux heures après, l'abdomen était ouvert par le docteur W. Bull à l'hôpital de Chambers street. Bien qu'il n'y eût d'autre trace extérieure

que la plaie, on trouva une grande quantité de sang épanché, deux ouvertures de l'intestin grêle, une autre de la courbure sigmoïde et une blessure du mésocôlon, d'où venait l'hémorrhagie. L'opération dura une heure et demie, sans être suivie de vomissements ni d'autre complication qu'une souffrance légère et une tympanite modérée. Le pouls s'éleva de 90 à 110 et la température de 99 à 100° Fahr. Selle naturelle le cinquième jour, et dès la fin de la troisième semaine, la plaie était cicatrisée et les fonctions digestives normales depuis quinze jours, sans aucune trace de péritonite. (*Idem*, 16 septembre, n° 2.)

Sur huit cas de plaies pénétrantes, observés par le même chirurgien dans cet hôpital depuis 1877, cinq traités par la méthode expectante ont été mortels. La laparotomie pratiquée dans les trois autres a donné deux guérisons, dont l'exemple précédent est la plus récente, et une mort seulement. La discussion sur le même sujet a été reprise ainsi au troisième meeting de l'Association médicale de l'état de New-York, en novembre dernier. Mais en ayant porté exclusivement sur les principaux signes de la perforation intestinale, pour mieux justifier la laparotomie, il n'y a qu'à citer le compte rendu de cette longue discussion. (*Idem*, 2 et 9 décembre, n°s 22 et 23.)

Laparotomie sous-péritonéale. En suivant la voie adoptée pour la ligature de l'iliaque externe, on arrive facilement, dit M. Pozzi, en décollant le péritoine, dans la cavité du petit bassin. Il a pu ainsi évacuer une hématocèle rétro-utérine et la drainer, dans un premier cas. Chez une autre femme, il a donné issue au contenu d'un abcès pelvien. Sur une troisième, il a extirpé de gros ganglions lymphatiques formant tumeur dans les culs-de-sac du vagin. Deux fois enfin, il s'est servi de cette voie pour explorer la cavité du petit bassin. Aucun accident n'a suivi ces opérations ; les deux premières femmes ont guéri avec soulagement des trois autres.

Telle est la laparotomie sous-péritonéale, bien préférable et moins grave que celle intra-péritonéale généralement employée dans une infinité de cas. (*Soc. de chir.*, 14 avril.)

N'est-ce pas là l'opération opposée par Kallenbach à l'ouverture du péritoine de Martin et permettant d'ouvrir

les abcès du bassin, soit en passant au-dessus du ligament de Poupart, ou comme Hegar l'avait recommandé, par la fosse ischio-rectale? Telles sont du moins les voies suivies par les Allemands, d'après le docteur Ch. Fenger, dans la discussion sur ce sujet à la Société gynécologique de Chicago du 19 février dernier.

LARYNX. *Œdème*. Dans 14 cas, le docteur de Blois a administré exclusivement les astringents dans 6 et la scarification dans les autres. Tous ont guéri. L'extrait de jaborandi, employé dans un œdème considérable par le docteur Jarvis, amena la diminution immédiate en quarante-huit heures. L'usage de la pilocarpine a de même réussi depuis dans plusieurs cas; tandis que les scarifications ne lui ont jamais donné de bons résultats. (*Amer. laryngol. Association.*)

Dans sa thèse sur ce sujet, le docteur Charazac décrit une affection à symptomatologie assez spéciale, d'après Carl Michel. C'est un œdème inflammatoire aigu de la face antérieure de l'épiglotte. Plusieurs malades se plaignant d'une forte dysphagie avec fièvre et malaise général lui en ont offert l'exemple. Au lieu d'une angine catarrhale ou phlegmoneuse, le pharynx ne présentait rien ou seulement des altérations insignifiantes, une simple rougeur de l'un ou l'autre des piliers antérieurs. Au contraire, un examen attentif au laryngoscope décelait une tumeur de la grosseur d'une noisette, rougeâtre ou grisâtre, rendue brillante sur la face antérieure de l'épiglotte. Les fossettes glosso-épiglottiques étaient presque complètement effacées, et la lame cartilagineuse paraissait un peu augmentée de volume. Chez deux de ces malades, en outre, la peau du cou était soudée au cartilage thyroïde, impossible à déplacer et sensible au toucher, sans doute par suite de l'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané. L'obstacle à l'élévation du larynx causait de la douleur, et la déglutition en devenait encore plus pénible. Après la disparition de l'œdème épiglottique, la peau redevint mobile.

Comme symptômes subjectifs, la déglutition était très douloureuse; il semblait aux malades qu'ils avaient une boule dans le larynx, d'où gêne de la respiration et tendance aux vomissements. Les mucosités étaient abondantes

et la sécrétion salivaire très augmentée. Auparavant, ces individus n'avaient jamais souffert de la gorge. Carl Michel fait observer que cet œdème idiopathique de la face antérieure de l'épiglotte n'est décrit nulle part. Cette affection, qui peut être grave, est facile à méconnaître à un examen superficiel, d'autant plus que les contours de la base de la tumeur se confondent. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, art. 13308.)

Tumeurs laryngées sous-glottiques. Un nouveau procédé pour leur excision a été employé par le docteur W. Jarvis chez un homme de trente-cinq ans qui souffrait en parlant et en respirant. Le laryngoscope montrait une masse papillomateuse dans la cavité du larynx, sans intéresser les cordes vocales ni le ventricule. Des fragments en furent enlevés avec des pinces, l'écraseur ne pouvant les saisir. Des applications d'acide chromique ne purent être continuées par la disparition du malade.

A son retour, un an après, l'état était très aggravé avec dyspnée considérable. Le procédé suivant fut dès lors employé par les voies naturelles. Une pince semblable à celle de Mackensie, mais plus lourde, fut disposée de manière que, l'extrémité des branches étant percée, un fil métallique très fin fut passé dans chaque ouverture dont les extrémités venaient se fixer aux poignées avec une anse dans laquelle l'index pouvait être placé. Ce fil formait ainsi une traverse réunissant l'extrémité des branches; celles-ci étant fermées, l'anse du fil pouvait être attirée en haut par l'index. Sans anesthésie et la langue étant déprimée, la pince fut introduite à l'aide du miroir dans la cavité du larynx et portée jusque dans la glotte, le miroir étant enlevé. L'extrémité de l'instrument détermina un certain spasme, mais il fut porté assez loin dans la trachée pour être sûr qu'il était au-dessous de l'insertion de la tumeur. Les branches de la pince étant alors écartées et, pressant contre la paroi antérieure du larynx, l'instrument fut graduellement élevé jusqu'à ce que le fil fut accroché. Les branches furent ensuite fermées et fixées; l'anse de fil fut tirée, et la pince retirée amena avec elle une tumeur. Le laryngoscope en ayant montré une seconde, elle fut excisée de la même manière. La respiration fut aussitôt rendue facile et la pa-

role naturelle. C'est le premier et unique cas d'une tumeur sous-glottique extirpée sans anesthésie ni ouverture du larynx. (*Amer. laryngol. Association* et *Boston med. and surg. journ.*, n° 24.)

C'est également par les voies naturelles qu'un homme de soixante-quinze ans a été opéré d'un cancroïde de la corde vocale droite à quatre reprises de 1881 à 1884 par Frankel. Un ganglion carotidien infiltré fut aussi enlevé par Madelung. Depuis, cet homme est guéri et jouit d'une voix normale, malgré la confirmation répétée du diagnostic. Cette méthode endo-laryngée est donc applicable. (*Congrès des chir. allemands.*)

Les tumeurs du larynx, thèse d'agrégation présentée au concours de la Faculté de médecine de Paris, par le docteur Schwartz, Paris. Monographie complète divisée en trois parties : tumeurs bénignes, tumeurs malignes, traitement. La méthode endo-laryngée est l'opération de choix dès qu'elle est praticable. Externes, les laryngotomies sont partielles ou totales. Mortelles 4 fois sur 82, elles n'exposent pas plus à la récidive que l'autre méthode.

C'est le contraire pour les tumeurs malignes dont l'extirpation doit être totale. Mortalité de 41 pour 100, 8 guérisons seulement après plus de deux ans, sur les 59 survivants des 95 opérés. 22 extirpations partielles ont causé 8 morts, 7 récidives et 5 guérisons plus ou moins durables. La trachéotomie a donné des résultats encourageants. 108 cas ont déterminé 63 survies de deux mois à deux ans et 3 de deux mois à quatre ans; 26 morts dans les deux premiers mois. Ce traitement palliatif est donc le plus sûr.

Extirpation. Quoique rejetée à peu près unanimement par les chirurgiens français, c'est en France qu'elle a le mieux réussi, d'après M. Labbé, son unique, hardi et habile auteur. Encouragé par son début dans cette voie périlleuse (Voy. *année* 1885), il a redoublé cette entreprise avec les résultats suivants. Le second cas était un épithéliome compliqué d'un ganglion carotidien. Opération suivie de mort dans la nuit, par négligence de l'aide n'ayant pas changé la canule; d'où pneumonie septique immédiate.

Un épithéliome très volumineux, dans le troisième cas,

obligea d'enlever, outre le larynx, la trachée jusqu'au sternum et encore les limites du mal n'étaient pas atteintes. L'opéré a guéri, mais une récidive a entraîné la mort quatre mois et demi après.

C'est donc 2 succès opératoires sur 3 cas; proportion bien plus favorable que celle de la statistique de Zésas donnant 71 p. 100 de mortalité. Suivant M. Butlin, des 65 cas d'extirpation complète, 35 opérés sont morts de l'opération même et 30 y ont survécu plus ou moins. Un seul, celui de Hahn, a survécu quatre ans, et 6 ou 7 plus d'une année.

M. Labbé ne rejette donc pas l'opération en principe par sa facilité d'exécution et ses résultats analogues à ceux des autres excisions de tumeurs. Les tumeurs relativement bénignes et même épithéliales en sont passibles. Voici le procédé employé.

Trachéotomie préalable de plusieurs semaines pratiquée très bas afin de conserver un pont de peau saine entre les deux plaies.

Anesthésie obtenue en plaçant devant la canule une éponge imbibée de chloroforme.

Emploi de la canule de Trendelenburg, excellente pour préserver la trachée, mais à condition d'y habituer le malade avant l'opération et d'en remplir le réservoir d'eau et non d'air.

Opération : incision verticale s'arrêtant à un centimètre de la trachéotomie avec une division transversale au niveau de l'hyoïde. Cautérisation avec les couteaux fins du galvano-cautère. Les insertions musculaires étant détachées, le larynx est isolé avec la spatule et les doigts comme une tumeur. On le sépare de l'œsophage de bas en haut. Arrivé ici, on l'incline latéralement pour diviser la grande corne de l'hyoïde du côté opposé, et *vice versa*. Ainsi détaché, il ne reste plus qu'à examiner l'épiglotte et l'enlever ou la laisser d'après son état. Un ou deux points de suture en haut; placement de la sonde œsophagienne et pansement à la gaze iodoformée. (*Congrès français de chir.*, octobre, et *Revue mens. de chir.*, novembre.)

Excision partielle. Effet ou non du retentissement de la communication précédente parmi les chirurgiens d'outre-Manche, trois communications d'extirpation du larynx

pour épithélioma ont été faites simultanément, malgré la rareté de cette opération en Angleterre, où elle a pris naissance. La *Lancet* rappelle que c'est au docteur Watson (d'Édimbourg) que la première excision totale est due, comme le premier succès à Billroth, et le second à Foulis, qui la naturalisa définitivement. (Voy. *années* 1877, 1878.) Mais c'est en Allemagne qu'elle a été le plus souvent exécutée.

La première est une excision totale faite par M. Morris, chez un ho mme de 59 ans, souffrant depuis trois ans. L'obstruction laryngée avait rendu la trachéotomie nécessaire cinq mois avant. L'irritation causée par la canule aussi rendit la laryngectomie indispensable avec excision du cartilage cricoïde. Mort le huitième jour, sans aucune récidive. D'où l'opinion de ne la pratiquer qu'après l'essai et l'insuccès de tous les autres moyens, étant justifiée seulement par le siège intra-laryngé du mal et la toux suffocante après la trachéotomie préalable.

Les deux autres ont été partielles. L'une par le docteur Semon contre un épithéliome du ventricule gauche chez un avocat de cinquante-deux ans ne pouvant plus parler. Le laryngoscope montra une tumeur longitudinale comme un haricot, gris blanchâtre, près de la corde vocale gauche. L'examen microscopique d'un fragment excisé en décela la nature épithéliomateuse. L'extirpation de la moitié gauche fut exécutée par le docteur E. Hahn sans le cricoïde. Elle était fixée par un large pédicule dans le ventricule de Morgagni. L'opéré se rétablit, malgré un catarrhe bronchique et des symptômes pleurétiques dus à l'écoulement du sang dans les bronches. Cinq mois après, l'opéré, guéri, avale aisément, respire sans canule et parle si bien qu'il pense à reprendre sa profession.

L'autre excision partielle fut pratiquée par M. Butlin, le 26 juin, pour un épithéliome de la corde vocale gauche chez un homme de cinquante ans avec le même succès. A plusieurs reprises depuis six mois, des portions de la tumeur avaient été enlevées avec des pinces, et la repullulation, en en montrant la nature, fit exciser la moitié gauche du larynx avec les cordes vocales droites envahies. Il y eut à peine de fièvre et, le cinquième jour, l'opéré avalait. La canule de la trachéotomie fut enlevée le septième; à la fin de septembre,

un sinus de la plaie persistait. Santé excellente. Parole facile, forte et distincte avec un cornet. (*Clinical Soc.*, 12 novembre.)

De la discussion soulevée à cet égard, il résulte que l'on n'est pas fixé sur le procédé opératoire. Tandis que, dans le premier cas, la trachéotomie a porté sur le premier et le second anneau pour donner de l'air au malade, M. L. Browne admet qu'elle doit être faite aussi bas que possible et seulement avant la laryngectomie. La valeur des examens microscopiques répétés est mise en doute, ne pouvant se faire que par des tentatives d'arrachement produisant fatalement une irritation croissante. La chirurgie conservatrice, en pareil cas, lui paraît dangereuse et le temps écoulé depuis les excisions partielles est trop court pour répondre du succès définitif.

LEUCÉMIE. *Hémorrhagie foudroyante déterminant l'occlusion intestinale.* Un garçon de vingt-huit ans, établi à Lausanne depuis sa libération du service militaire passé en France et en Tunisie, avait échappé aux deux redoutables ennemis du soldat dans les colonies : les fièvres et la syphilis. Il avait très bonne mine à son retour, mais depuis sa santé s'était altérée notablement; sa maigreur et son teint blafard étaient frappants.

Une épitaxis survenue le 25 juillet fit appeler le docteur Rogivue, médecin de l'hôpital cantonal de Lausanne. Le tamponnement fut nécessaire, et le malade raconta qu'il ne pouvait faire un mouvement un peu violent ou boire un verre de vin sans saigner du nez. La moindre coupure et même une blessure insignifiante saignaient pendant des heures. Faiblesse croissante avec oppression notable, tendance aux nausées, anorexie. Le teint était blafard, léger œdème des pieds, ventre gros contrastant avec la maigreur extrême du reste du corps; souffle systolique à la base du cœur sans hypertrophie, poumons sains. Tumeur énorme dans l'hypocondre gauche descendant jusqu'à la crête iliaque et la ligne médiane. Toute cette région était comme soulevée par un corps solide très résistant, indolent, immobile, à bord inférieur net, arrondi, régulier, sauf deux incisions légères. Foie augmenté de volume et de consistance sans ascite, urines normales.

C'était une tumeur splénique. En l'absence d'antécédents pouvant l'expliquer, une tumeur leucémique fut diagnostiquée, en raison de la marche insidieuse et rapide du mal et son profond retentissement sur l'organisme. Un régime fortifiant, l'arsenic, le fer, un séjour à la campagne pendant deux mois remontèrent notablement l'état général, malgré quelques hémorrhagies.

Le malade vaquait à ses occupations depuis son retour, lorsque le 16 octobre il ressentit subitement en allant à la selle une violente douleur dans le flanc gauche s'irradiant dans la jambe et s'exagérant à chaque mouvement. Face grippée, pouls petit, nausées, sensibilité augmentée de la fosse iliaque gauche. L'application de la glace et une injection de morphine n'arrêtèrent pas les accidents. Trois heures après, voussure très marquée dans le flanc, des côtes à la symphyse du pubis, limitée nettement sur la ligne médiane, tandis qu'elle se perdait dans la masse lombaire en arrière. Matité absolue, résistance élastique, fluctuation distincte.

L'hémorrhagie interne était évidente et, malgré l'emploi de l'ergotine, la situation s'empira à vue d'œil. La peau était très tendue et douloureuse. Des vomissements répétés, la constipation et le météorisme croissant indiquaient le début d'une occlusion intestinale. Malgré une consultation, le collapsus augmenta rapidement avec continuation des vomissements et extension de la voussure de la tumeur. Dans l'impossibilité d'intervenir contre l'hémorrhagie, on tenta de combattre l'occlusion intestinale. Tout effort fut inutile, la mort arriva dans l'après-midi.

L'autopsie locale montra une collection sanguine comprimant l'intestin et une tumeur splénique volumineuse mesurant 30 centimètres de long, 17 de large et 10 d'épaisseur, du poids de 3 à 4 kilos. Néanmoins l'hémorrhagie ne venait pas de ce point; la consistance de l'organe était même augmentée. Son origine était manifestement extrapéritonéale; au lieu de comprimer le côlon descendant par devant, elle l'avait déplacé, décollé d'arrière en avant et de gauche à droite jusqu'au delà de la ligne médiane. Aplati contre la symphyse, il apparaissait comme un large ruban blanc tendu. Il fut pourtant impossible de découvrir la source réelle de l'hémorrhagie. L'aorte et ses branches laté-

rale et terminale, les veines correspondantes ne fournirent aucune indication. La diathèse hémophylique l'explique seule par la rupture ou la déchirure de faisceaux musculaires du bassin, dans le domaine du psoas iliaque.

Ce cas rare et grave mérite bien d'être connu par l'enseignement qu'il fournit. (*Revue méd. de la Suisse romande*, 15 avril.)

LEUCOMAÏNES. Nouveaux alcaloïdes animaux découverts par le professeur A. Gautier et ainsi nommés pour les distinguer des ptomaïnes. La principale différence entre ces deux corps alcaloïdiques est de se former pendant la vie ou après la mort. Tandis que les ptomaïnes se rencontrent exclusivement sur les cadavres de l'homme et des animaux (Voy. *année* 1882), les leucomaïnes apparaissent d'une façon constante dans les excrétions des animaux vivants et en santé. Ils ont ainsi été extraits du venin des serpents, puis de la salive, du sang, de l'urine, de l'albumine et des muscles en particulier ayant fourni plusieurs nouveaux alcaloïdes, parfaitement définis et cristallisés. Telles sont la xantho-créatinine, la cruso-créatinine, la pseudo-xanthine dont l'action sur les centres nerveux produit la somnolence, la fatigue, et quelques-uns les vomissements et la purgation.

Constamment toxiques, les anciens et les nouveaux alcaloïdes se rapprochent tellement des ptomaïnes qu'ils n'ont pu en être distingués qu'en refaisant l'histoire toute récente de ceux-ci. Les ayant placés aux mots *Cadavres* 1880 et *Alcaloïdes* 1881, il n'y a pas à y revenir ici; mais rien ne montre mieux leur extrême ressemblance, sinon leur identité, comme elle ressort des caractères différentiels attribués aux leucomaïnes.

Elles prennent naissance, dit l'auteur, ou plutôt elles se forment pendant la vie au même titre que l'acide carbonique et l'urée, s'accumulant dans le sang dès que, par diverses raisons, les émonctoires naturels : peau, reins, tube digestif, ne les éliminent plus. Alors seulement, agissant sur les centres nerveux, elles donnent lieu à une série de phénomènes pathologiques qui se déroulent et se succèdent nécessairement en formant le tableau de chaque maladie. L'organisme sain et vivant résiste à cette auto-infection

par l'élimination du toxique et sa destruction par l'oxygène, c'est-à-dire leur oxydation naturelle.

L'élimination par les reins est évidente en se retrouvant toujours dans les urines normales, en proportion minime mais réelle, qui augmente et devient considérable dans quelques cas pathologiques, comme le professeur Bouchard l'a montré dans les maladies infectieuses, la fièvre typhoïde en particulier, et comme M. Pouchet l'a observé aussi dans quelques maladies cérébrales.

Si l'élimination est aussi certaine par le tube digestif, la démonstration n'est pas aussi facile par la complexité du problème; une partie de ces alcaloïdes étant certainement due à la fermentation bactérienne des aliments ingérés et pouvant passer inversement dans le sang.

Leur combustion incessante par l'oxygène du sang est le plus puissant moyen qui fait résister l'économie à l'auto-infection de ces bases. Étant fort oxydables, elles se brûlent et disparaissent en grande partie à l'état normal, sous l'influence vivifiante et sans cesse renouvelée de l'oxygène. De là la minime proportion de leucomaïnes musculaires retrouvées dans l'urine, brûlées qu'elles sont dans le torrent circulatoire, sinon dans les tissus. Mais dès que l'accès de l'air sur le sang est empêché par une cause quelconque, que l'hémoglobine diminue comme dans la chlorose, l'anémie, ou que des substances entravant l'hématose sont introduites dans le sang, aussitôt elles s'y accumulent avec les ptomaïnes et autres substances azotées leur ressemblant.

On explique, par cette théorie, les troubles nerveux de la chlorose, de l'anémie, de la grossesse et l'influence bienfaisante des respirations artificielles d'oxygène employées contre ces accidents. Les vomissements incoercibles, provoqués par la rétention d'un poison mal éliminé ou incomplètement brûlé dans le sang, en ont ainsi été combattus efficacement dans certains cas. L'auteur se demande même si la fièvre, en coïncidant avec une consommation minimum d'aliments et une augmentation inversement proportionnelle de l'acide carbonique éliminé et l'oxygène consommé, jointe à une circulation plus rapide, ne contribuerait pas à la destruction du poison formé ou en formation surabondante. De là l'action bienfaisante des agents excitant les fonctions des reins, de la peau et des muqueuses intesti-

nales pour cette désinfection de l'économie et, par-dessus tout, de ce qui active la respiration et l'hématose. (*Acad. de méd.*, 12 et 18 janvier.)

Il est évident, par cette exposition, que les leucomaïnes se confondent avec les ptomaïnes et sont de même origine en se rencontrant exclusivement dans les excrétions, les déjections organiques impropres à la vie et expulsées comme nuisibles. Liquides et solides ainsi rejetés de l'organisme pour son bien-être, sa santé, sa vie, ne sont-ils pas réellement morts lorsqu'ils présentent ces alcaloïdes? Assimilables aux cadavres où se trouvent les ptomaïnes, ils sont donc les cadavres du corps vivant dès qu'ils sont éliminés, comme le corps lui-même dès que la vie l'a quitté.

Cela est si vrai que parmi les diverses substances azotées, éliminées, rejetées par l'organisme vivant ou qui, par un phénomène morbide quelconque, cessant d'être oxydées, brûlées, s'accumulent aussitôt comme des corps étrangers toxiques dont la rétention détermine souvent la mort, il est impossible de savoir si ce sont ces alcaloïdes ou les substances non alcaloïdes les accompagnant qui sont les causes des accidents. Ces derniers, dit M. Gautier, ont une bien plus grande activité pour infecter, empoisonner l'économie. Tous agissent donc également comme corps morts et se distinguent par là des microbes vivants. On ne peut même pas inférer que ces leucomaïnes se forment dans le corps vivant; elles n'existent pas sans qu'il soit troublé, dérangé, malade, altéré. Leur distinction avec les ptomaïnes d'après ce caractère n'est donc pas absolu.

LIGATURE ÉLASTIQUE. Une modification importante est apportée par le docteur Ch. Périer à cette ligature qui s'impose de plus en plus, de l'aveu de tous les chirurgiens, contre l'inversion utérine. Le relâchement possible du tissu élastique et le défaut de tension en résultant rendaient la section plus lente et obligeaient de ramener l'utérus à la vulve pour resserrer ce fil. C'était là l'inconvénient à corriger.

Le but à atteindre était la tension continue et constante du fil une fois placé jusqu'à la section complète, sans exercer aucune traction sur l'utérus. A cet effet, une pince spéciale a été imaginée par l'auteur pour amener l'utérus

au dehors. Les mors formant deux demi-anneaux sur un plan perpendiculaire à la direction des branches sont enveloppés de caoutchouc, afin de rendre leur contact sans danger pour la muqueuse. Par leur rapprochement en fermant la pince, ils forment un collier entourant la partie étroite de l'utérus inversé, qui permet d'attirer l'organe sans en déchirer le tissu ni le comprimer dangereusement. On complète ainsi l'inversion pour appliquer un fil de soie très résistant, immédiatement au-dessus des mors, et dont les bouts sont engagés dans l'œil de la tige métallique suivante.

Lame plate de 20 centimètres de long dont l'extrémité supérieure, recourbée sur le plat en un crochet très court, présente à sa partie libre un trou à bords très lisses destiné au passage du fil de soie lié autour de l'utérus. Lisse dans toute son étendue sur l'un de ses bords, cette lame présente sur l'autre, dans sa moitié inférieure, dix crans espacés de centimètre en centimètre dont les dents en crochets tournés en bas ont un relief de six millimètres. De cinq millimètres de large seulement dans sa partie supérieure, cette lame en acquiert graduellement jusqu'à onze à la partie formant crémaillère.

Cette tige étant fixée à l'utérus inversé par le fil de soie passé à son extrémité supérieure, il s'agit de voir si le fil est convenablement appliqué au point où la constriction doit être exercée et que l'on porte de suite à l'extrême en nouant aussi fortement que possible. Un anneau de caoutchouc est ensuite assujetti contre le nœud constricteur par un autre nœud triple; autrement le caoutchouc s'appuyant dessus le ferait infailliblement glisser et relâcher dans sa force de traction s'il n'était que double. On saisit alors, à l'aide du crochet, la partie libre de cet anneau de caoutchouc pour l'accrocher le plus loin possible à l'un des crans de la crémaillère. L'utérus remis à la place qu'il occupait dans le vagin, l'extrémité de la crémaillère sort de la vulve sans exercer aucune pression sur les parties molles, la tige se tenant droite dans l'axe du vagin par le fait de la direction même de la traction.

L'opération est donc facile. Une douleur très vive est accusée par les opérées en s'éveillant, mais facilement calmée par une injection de morphine, renouvelée à chaque

réapparition de la douleur et la sensation de gêne et de tiraillement pendant les cinq à six premiers jours, mettant fin à toute sensation pénible. L'utérus est dès lors mollasse et flétri.

Des injections vaginales avec une solution de chloral au 100e, renouvelées toutes les trois à quatre heures, préviennent toute mauvaise odeur, la fièvre ainsi que l'écoulement vaginal. L'anneau de caoutchouc est alors descendu à deux ou trois crans dès que le tiraillement ne se fait plus sentir et graduellement ainsi jusqu'à la fin.

Deux accouchées dont l'inversion datait de six mois chez l'une et six semaines chez l'autre, en danger de mort par des hémorrhagies abondantes, ont été ainsi opérées en 1880, avec guérison consécutive. L'utérus s'était détaché le quatorzième jour chez l'une et le dix-huitième chez l'autre, non par section du fil, mais par eschare et mortification du tissu utérin à quelques millimètres au-dessus de la ligature. Peu de temps après, ces deux opérées ont repris leur vie habituelle.

Ce procédé a été appliqué chez une autre femme de trente-quatre ans, à l'hôpital Saint-Antoine, en janvier 1882. L'inversion produite par un fibrome du fond de l'utérus était ancienne et l'opération a été des plus simples dans son exécution comme dans ses suites.

Une quatrième application a été faite par le professeur Trélat chez une femme de trente-sept ans sur laquelle tous les procédés de réduction avaient échoué. Opérée le 13 décembre, elle sortait guérie le 24. Cinq autres applications ont été faites depuis, deux par M. Polaillon, une par M. Tillaux, une par M. Defontaine (du Creuzot) et la dernière par le professeur Poncet (de Lyon); toutes avec un égal succès, d'après les cas communiqués à la Société de chirurgie. En relatant ces six derniers faits en détail, l'auteur démontre la simplicité et la valeur curative de son procédé. (*Revue mens. de chir.*, décembre.)

LIPOMES. Ils étaient simulés par un œdème remarquable observé chez une rhumatisante par le docteur A. Mathieu. Des douleurs s'étant produites dans les membres inférieurs, à la suite de fatigues prolongées, il apparut ensuite des masses assez volumineuses aux genoux et aux hanches.

A son entrée à l'hôpital, on trouvait, distribuées très symétriquement sur les membres, des saillies allongées de dix centimètres sur cinq à six de large en moyenne, d'un relief de trois à quatre, sans changement de couleur de la peau et d'une consistance élastique lipomateuse sans lobulation. La pression digitale ne produit pas de godet œdémateux et, quoique sensibles à la palpation, ces masses ne sont pas douloureuses. Une masse volumineuse de même nature siégeait au creux épigastrique, débordant de chaque côté vers les hypocondres.

Ces tumeurs offrent donc tous les caractères physiques des pseudo-lipomes de la région claviculaire chez les rhumatisants, signalés par M. Verneuil en 1879 et M. Potain en 1882. (*Archiv. de méd.*)

Lipomes acquis de la surface palmaire. 28 cas de la paume de la main et des doigts sont collectés par le docteur A. Poulet, agrégé au Val-de-Grâce. Sans provenir d'une cause unique, la profession paraît jouer le premier rôle dans leur production. Le sexe d'abord : 11 hommes et 6 femmes sur les 17 cas où il est connu; leur prédominance dans la main droite : 11 fois sur 13, autant que leur siège le plus fréquent dans la région palmaire, tout montre l'influence prédominante d'une cause traumatique. Ils varient ainsi de consistance, d'après son influence plus ou moins prolongée. On s'en convaincra en parcourant ces observations relatées *in extenso*.

Souvent ils ont été pris pour des kystes et ponctionnés par les chirurgiens les plus éminents. Leur énucléation est le procédé le plus simple, mais dans une telle région les complications sont fréquentes. Aucune hémorrhagie inquiétante n'est signalée, ni cas de mort dans ces 34 observations. (*Revue mens. de chir.*, août.)

Lipomes du mésentère. Quelques observations récentes de ces tumeurs abdominales énormes, enlevées avec succès par l'opération (Voy. Tumeurs, 1885), leur gravité autant que la difficulté du diagnostic, ont conduit M. Terrillon à en faire l'histoire clinique. Sur les 15 faits réunis, le chirurgien est intervenu 7 fois; les 8 autres ont été seulement rencontrés à l'autopsie. Les femmes en étaient plus souvent

atteintes que les hommes. Le poids de ces tumeurs est en général énorme et leur évolution très rapide. Elles prennent naissance au-devant de la colonne vertébrale et se développent entre les feuillets du mésentère, en repoussant l'intestin latéralement. Le côlon passant au-devant en est même parfois déplacé. L'intestin contracte presque constamment de solides adhérences avec elles. L'ascite n'a été rencontrée qu'une seule fois. N'offrant rien de caractéristique, le diagnostic différentiel en est rendu impossible. Elles sont généralement prises pour des tumeurs de l'ovaire ou des myxomes chez l'homme. La ponction ne fournit aucun renseignement. L'opération est des plus graves par les adhérences intestinales et le grand nombre de vaisseaux sanguins et lymphatiques intéressés. La ligature ou la suppression de ceux-ci, en rendant l'alimentation impossible, détermine ordinairement la mort par la diarrhée et l'épuisement. Il y a eu un seul succès sur les 7 opérés, non compris le dernier de l'auteur. (*Soc. de chir.*, 13 janvier, et *Archiv. de méd.*, mars.)

Il est intéressant de voir les tumeurs histologiquement bénignes, causer ici des troubles cachectiques probablement par gêne de la circulation chylifère. D'ailleurs par compression et par péritonite, elles sont à peu près aussi graves que les cancers et il n'est guère possible d'en faire le diagnostic différentiel. Heureux quand on a reconnu une tumeur du mésentère. Le diagnostic établi, doit-on intervenir ? Non pour les tumeurs malignes. Quant aux tumeurs bénignes, on sera autorisé à extirper les kystes après que la ponction aura échoué ; on enlèvera de même les lipomes, quoiqu'on ait eu 6 décès sur 9 opérations ; mais sans cela la mort est certaine.

Tumeurs du mésentère, thèse d'agrégation soutenue à la Faculté de médecine de Paris, par le docteur Augagneur. Œuvre didactique comprenant les diverses tumeurs de cette membrane qui, d'après l'anatomie pathologique, son embryogénie et sa structure, comporte toutes les espèces, jusqu'au chylangiome caverneux. Des exemples en sont rapportés à l'appui. Cette thèse forme ainsi un travail nouveau et complet qui n'existait pas jusqu'ici, parce que l'on ne touchait pas à ces tumeurs profondes. L'emploi de la laparotomie,

en les mettant à nu, permettra de mieux les étudier et les opérer plus sûrement, comme M. Terrillon en a donné l'exemple.

LITHOTRITIE. *Indications et contre-indications.* C'est à cette opération qu'il faut le plus souvent recourir pour le traitement des calculeux. Tel est l'aphorisme émis par le professeur Guyon, au Congrès français de chirurgie, répondant aux propositions des chirurgiens allemands émises dans leurs derniers Congrès. König et Kramer ont soutenu cette année que la taille devait être l'opération de choix et, l'année précédente, Volkmann, Bergmann et Pétersen avaient émis la même proposition. La tendance actuelle en Allemagne est ainsi d'abandonner le broiement pour revenir à la cystotomie.

Le grand reproche fait à la lithotritie dans ce pays est d'exiger une habileté consommée de l'opérateur et de ne pouvoir être ainsi pratiquée par la généralité des chirurgiens. Toutes les opérations sont dans ce cas, y compris la taille exigeant une exploration vésicale minutieuse, faite avec des instruments à petite courbure qu'une main exercée est seule capable de manier. Depuis que Bigelow a montré la supériorité de la méthode américaine du broiement rapide et total, avec évacuation immédiate des fragments, son domaine s'est considérablement agrandi. Tous les cas n'y ressortissent pas sans doute, et plusieurs sont encore justiciables de la taille. Sur les enfants en particulier, les tailles latérales sont d'une innocuité qui en indique la préférence; mais depuis que la taille hypogastrique a repris la supériorité, c'est réellement entre elle et la lithotritie rapide que la question doit se juger.

Depuis le milieu de l'année 1878, 678 calculeux ont été opérés par M. Guyon suivant les procédés et avec les résultats suivants :

Lithotritie.....	647	avec	34	morts,	soit	5,2 0/0
Taille périnéale.....	12	—	5	—	—	41,6 0/0
Taille hypogastrique..	19	—	9	—	—	48,2 0/0

Les statistiques empruntées à divers auteurs, quoique un peu différentes, montrent encore la supériorité de la lithotritie sur la taille. M. Desnos, réunissant tous les cas de

lithotritie rapide publiés en 1882, n'avait trouvé qu'une mortalité de 6,11 p. 100, et M. Tuffier, procédant de la même manière en 1884 pour la taille hypogastrique, a montré que la mortalité était de 27 p. 100 et même de 15 p. 100, si l'on ne prenait que les cas dans lesquels les calculs extraits étaient de petit volume et ne dépassaient pas 30 grammes. Dans sa statistique personnelle de 647 lithotrities, M. Guyon n'a eu que 34 morts, soit 5,2 p. 100. Cette proportion est donc bien au-dessous de celle de la taille, même pour petits calculs.

Des 20 derniers opérés morts, 3 avaient quatre-vingt-un, quatre-vingt-trois et quatre-vingt-six ans. Ils ont succombé rapidement, deux inopinément, même sans accident particulier autre que de gros calculs. La secousse opératoire et peut-être la chloroformisation paraissaient les seules causes de la mort. Huit autres de quatre-vingts à quatre-vingt-cinq ans ont guéri. Tout calculeux à cet âge tolérant son calcul ne doit pas être opéré, moins encore par la taille que la lithotritie. Toutes les opérations sanglantes sont redoutables de soixante à quatre-vingts ans et la lithotritie est seule praticable à cet âge, soit en séances prolongées avec le chloroforme, soit à courtes séances sans anesthésie.

Suivant le volume du calcul, la limite du broiement est de 5 à 6 centimètres très exceptionnellement si la pierre est phosphatique; jamais si elle est très dure. Sur les 20 morts, 12 avaient des calculs de 4 centimètres et demi, jusqu'à 6 de diamètre, parfois multiples. 10 moururent de néphrite avec ou sans cystite, compliquée dans trois cas de contracture douloureuse. L'influence du refroidissement fut très manifeste sur deux néphrites aggravées chez les autres par l'opération ou des coliques néphrétiques.

L'emploi de la lithotritie est donc discutable dans les cas de calculs volumineux ou multiples, les vessies contractiles et douloureuses. Mais ces cas même ne sont pas toujours favorables à la taille donnant une mortalité de 15 p. 100, d'après Tuffier, contre les calculs moyens et petits. König compte une mortalité de 22 p. 100 des tailles latérales et 80 p. 100 des hypogastriques, malgré un certain nombre d'enfants. Au contraire, sur 23 calculeux, dont les pierres mesuraient de 5 à 6 centimètres, lithotritiés par M. Guyon, 3 seulement sont morts. La condition essentielle du succès,

en pareil cas, est de pouvoir exécuter aisément les manœuvres opératoires et les terminer en une seule séance.

Les contre-indications sont plutôt dans l'état de la vessie, bien que son inertie ni la rétention d'urine ne soient pas à considérer. La cystite même n'en est pas une contre-indication formelle. Dans les trois quarts des cas, elle disparaît après l'opération et s'aggrave rarement sans en être guère provoquée. Mais l'antisepsie doit être scrupuleusement observée. Elle se fait aussi bien que dans la taille et il y a le traumatisme de moins. L'état rénal n'est pas plus aggravé par l'une que par l'autre.

Par sa simplicité, sa sûreté et sa bénignité, quand les calculs sont de petit ou moyen volume, le canal facile à parcourir et la vessie sans contracture, la lithotritie est donc la méthode de choix. La rapidité du traitement, l'opéré pouvant se lever en moyenne à la fin de la première semaine, est surtout à considérer; les récidives de 4,3 p. 100 sont loin d'être aussi exceptionnelles dans la taille, même sus-pubienne. Le choix ne saurait donc être douteux.

La mort sans faute opératoire est toujours causée par la néphrite ascendante due à la cystite, suivant le docteur Bazy. La litholapaxie débarrassant la vessie en une seule séance n'expose pas plus à ces accidents que la taille. Le volume et la consistance de la pierre est la seule condition du choix. La plus grande difficulté est de les déterminer. Un calcul de 100 grammes, long de 6 centimètres, a pu être broyé et expulsé en une heure un quart, y compris la chloroformisation. L'opéré s'est levé le quatrième jour et est rentré chez lui le septième. D'où la conclusion qu'elle est la méthode de choix et la taille celle de nécessité. Elle ne peut lui être supérieure que si une cystite ancienne, coïncidant avec un calcul volumineux, exige un rapide écoulement des produits de sécrétion.

Tout le succès pour le docteur Reliquet est dans son appareil instrumental particulier. Une demi-heure lui a toujours suffi pour terminer l'opération en une seule séance, sans aspiration. Les contre-indications sont l'affaiblissement du malade, le mauvais état des reins décelé par la quantité d'urine et d'urée, une pierre très dure, murale, et surtout son volume au delà de 5 centimètres, l'impossibilité du passage des instruments et le siège du calcul dans une loge la-

térale surtout, derrière la prostate ou au fond d'une vessie sacciforme. (*Congrès français de chir.*, 18 octobre.)

La différence complète de vue existant à ce sujet entre les chirurgiens allemands et français ne s'explique donc que par un défaut d'habileté ou l'horreur d'instrumenter en aveugle, sinon le désir, l'habitude de couper chez les premiers. Il n'en est pas de même dans l'Inde centrale, où le chirurgien-major Keegan a lithotritié 58 enfants à l'hôpital Indore, de décembre 1881 à mars 1886. Un tableau synoptique en montre tous les détails séparément. L'âge des opérés ne dépassait pas quatorze ans et sur ce nombre un seul décès est signalé. C'est le seul cas aussi où trois séances aient été nécessaires; dans les 57 autres, la litholapaxie a été exécutée en une seule. Ces succès éclatants chez l'enfant sont bien faits pour combattre l'innocuité de la taille latérale. (*Lancet*, 4, 18 et 25 décembre.)

24 opérations faites sur de jeunes enfants et un seul vieillard de soixante-neuf ans, de novembre 1883 à 1886 par le docteur Cabot, chirurgien à l'hôpital des Enfants de Boston, déposent absolument dans le même sens. Il y eut 22 litholapaxies et 2 tailles latérale et hypogastrique avec un seul décès par bronchite, comme le tableau synoptique en fait foi. La lithotritie fut heureuse chez une petite fille, tandis qu'une fistule résulta de la taille latérale; même compliquée de rétrécissement de l'urèthre dans deux cas, la lithotritie fut constamment heureuse. (*Boston med. Society*, 23 novembre, et *Med. and surg. journ.*, nos 22 et 23.)

LUXATIONS. L'intervention opératoire dans les luxations traumatiques irréductibles a été l'une des quatre principales questions mises à l'ordre du jour du Congrès français de chirurgie. La plupart des chirurgiens ont ainsi apporté leur expérience à cet égard, et, sans relater en détail les faits ni les réflexions produits à l'appui, voici l'indication des principaux renseignements fournis sur chaque articulation.

Épaule. 7 succès ont été obtenus par M. Mollière à l'aide de la section sous-cutanée. Un ténotome fin est introduit sous la peau et promené autour de la tête. Brisée et luxée,

elle doit être enlevée en plaçant l'extrémité supérieure du fragment dans la cavité glénoïde.

D'après 2 observations de M. Tripier, les troubles vasculaires sont les plus à craindre. Les battements ayant disparu dans la radiale et ensuite dans l'axillaire, après des tentatives de réduction, il pratiqua l'arthrotomie sans pouvoir réduire. Deux fragments osseux étaient enclavés entre la tête et la cavité cotyloïde. Excision de la tête, suivie de guérison rapide et d'un résultat fonctionnel excellent. Des plaques de gangrène existaient sur le membre, chez le second blessé à son entrée à l'hôpital, six à sept jours après l'accident. La gangrène s'étendant, la désarticulation est faite chez ce diabétique. La tête luxée était dans une loge au-dessous et en dedans de l'apophyse coracoïde; la cavité glénoïde étant cachée par des masses osseuses. La gangrène emporta ce malade en peu de jours. Dès qu'il existe des troubles vasculaires, il faut s'abstenir des manœuvres de réduction; extirper la partie luxée est le plus sûr, autrement on doit tenter de réduire.

La résection est très rarement applicable. L'unique exemple en France a été cité l'année dernière. M. Ollier en a fait une seconde dans la variété intra-coracoïdienne complète. Réduction imparfaite six mois après. Arthrotomie trois mois ensuite et dans l'impossibilité de réduire, résection de la tête en enlevant 43 millimètres d'humérus. L'immobilité pendant deux mois amena un résultat parfait huit mois plus tard.

Coude. Toute luxation sans déformation articulaire peut être réduite ici. Une luxation datant d'un an a été réduite par M. Mollière en appliquant sur l'avant-bras le manchon de l'ostéoclaste donnant une force considérable. Une opération palliative suffit dans certains cas. Les sections sous-cutanées sont à rejeter absolument. La résection partielle est préférable à l'arthrotomie, s'il y a déformation osseuse, en conservant toujours l'olécrâne.

Sans réprouver les interventions sanglantes, M. Bouilly rapporte 2 réductions avec l'appareil de Hennequin : la première chez une fille de neuf ans ayant une luxation en arrière de quatre mois et demi avec fausse ankylose. La seconde, en arrière et en dedans, chez une femme de qua-

rante ans, datait de neuf mois environ. La traction poussée à 125 kilogrammes déchira les brides fibreuses et le résultat fut satisfaisant. Par des manœuvres puissantes, M. Trélat a obtenu la réduction après huit à dix mois.

Chez les enfants et les adolescents, le pronostic de ces luxations non réduites n'est pas grave, dit M. Reclus. La difformité s'efface, les mouvements se rétablissent et l'abstention est préférable à toute intervention active. Toutes les tentatives de réduction étant restées infructueuses chez un garçon de dix-sept ans, contre une luxation en arrière et en dedans, les mouvements se sont rétablis et la forme est excellente.

Contre une luxation méconnue en arrière et en dehors, chez une fille de seize ans, la réduction ayant échoué cinq semaines après, M. Doyen pratiqua l'arthrotomie à la fin du quatrième mois. La cupule radiale et la cavité sigmoïde du cubitus étant complètement oblitérées par du tissu fibreux, celui-ci fut enlevé et la réduction se fit parfaitement. Il en fut de même dans deux autres cas analogues. L'arthrotomie est donc préférable à la résection. Deux succès ont été obtenus à l'aide de ce moyen par M. Décès (de Reims). Une incision en T dont la branche horizontale va de l'épicondyle à l'épitrochlée, tandis que l'autre, faite sur le tendon du triceps, tombe perpendiculairement sur la première, isole le cubital; en sectionnant le tendon et les ligaments latéraux, toute l'articulation est visible.

Cinq de ces luxations irréductibles anciennes ont été traitées par M. Maydl à l'aide de l'arthrotomie. Quatre incisions différentes sont employées à cet effet en Allemagne, car on doit autant que possible éviter la résection. Mais l'auteur évite de dire auquel de ces procédés il s'arrête.

Doigts. Tout le monde est d'accord pour faire l'arthrotomie avec la certitude d'obtenir une articulation mobile. Dans une luxation en arrière sur les métacarpiens, chez un garçon de onze ans, entré à l'hôpital Trousseau avec l'index droit luxé en tombant, M. A. Jalaguier montre, comme M. Farabeuf l'a fait pour le pouce (Voy. *année* 1876), que la section du ligament glénoïde était absolument nécessaire à la réduction. Une planche avec la description indique ce

procédé opératoire. Toute traction ne sert à rien sans cette section préalable inoffensive. (*Archiv. de méd.*, février.)

Hanche. La rareté de documents à ce sujet a fixé l'attention du professeur Trélat. Ses recherches lui en ont montré 23 cas, dont 11 réductions par des manœuvres de douceur. Une luxation iliaque de cause directe, datant de six mois et demi, s'est présentée il y a un an dans son service, chez un homme de cinquante et un ans, empêchant absolument la marche. Toutes les tentatives échouèrent et aucune opération ne fut tentée.

Au bout de deux mois, dit A. Cooper, la réduction des luxations de la hanche est une chance. Les tentatives violentes sont dangereuses. Broca ayant employé la force en 1868 contre une luxation coxo-fémorale datant de cinq mois, chez un homme de trente-neuf ans, jusqu'à une traction de 240 kilogrammes, l'insuccès fut complet et le blessé succomba à une péritonite suppurée. Le pus avait fusé par l'arcade crurale et déterminé une énorme suppuration sous-fessière décelée par l'autopsie. Laisser le blessé infirme ou l'exposer à la mort est le seul dilemme. Les observations de Hamilton, Volkmann et Mac Cormac en déposent. La résection seule de la tête est à tenter. L'arthrotomie pratiquée par M. Polaillon (Voy. *année* 1883) a bien pu amener la réduction quarante-six jours après l'accident, mais l'opéré alcoolique est mort le quatrième jour. Une force mesurée est applicable seulement dans les luxations récentes. Trois mois après, la douceur doit seule être employée. Le salut est donc dans un diagnostic prompt et exact.

Quand le membre est fléchi et ne peut fournir d'appui, l'ostéoclasie ou l'ostéotomie peuvent être utilisées pour le redressement de la cuisse. Contre une luxation ovalaire, presque périnéale, datant de trois mois, des tentatives de réduction faites par M. Bouilly avec l'appareil Hennequin furent sans succès. Le fémur se fractura, dans une rotation brusque, à son tiers supérieur et le résultat fut excellent. L'ostéotomie peut donc être tentée avec succès.

Un accident semblable est arrivé à M. Verneuil contre une vieille luxation sus-pubienne. Le col se cassa et resta sous la peau comme une petite pomme. Une bonne attitude donnée au membre amena un résultat très satisfaisant.

Quatre jours après l'accident d'une luxation ischiatique du fémur droit, chez une femme de trente ans, des tractions avec des lacs de coton, poussées jusqu'à 400 kilogrammes par M. Severeano, ne purent amener la réduction. L'arthrotomie montra la capsule tordue sur elle-même et masquant le cotyle. La résection de la tête amena le redressement et l'opérée guérit en très peu de temps. Cette résection a toutes les préférences de M. Ollier par son peu de délabrement et le redressement du membre.

Pied. L'ostéoclasie sus-malléolaire est le meilleur procédé, suivant M. Mollière. Employée chez un homme de soixante-trois ans, elle permettait la marche deux mois après.

En réséquant l'extrémité inférieure des deux os de la jambe, M. Severeano a obtenu un bon résultat. (*Revue mens. de chir.*, novembre.)

Luxation traumatique simple *des deux articulations de l'os iliaque droit.* Cette lésion est si rare que Malgaigne et Courty n'en citent que 6 cas connus, dont 4 ayant entraîné la mort. Celui-ci serait donc le septième. Un garçon de vingt ans, en portant avec cinq autres hommes une pièce de bois de 250 kilogrammes sur leurs épaules, trois de chaque côté, ayant fait un faux mouvement pour la décharger, cette énorme pièce dans sa chute atteignit le bassin de cet homme qui tomba et perdit connaissance. A un premier examen, le docteur Varrailhon constata une saillie très prononcée de l'os iliaque droit en arrière sur le sacrum. Un tel enfoncement en résultait qu'en y entrant profondément les doigts, et le saisissant par son bord antérieur, le chirurgien constata sa mobilité anormale et un craquement sourd et fort. Tout était en place au pubis.

Les douleurs étaient telles spontanément et à l'examen que, malgré un bandage de corps et une position favorable et immobile, une consultation dut avoir lieu pour confirmer ce diagnostic qui fut fait sous le chloroforme. C'est seulement le troisième jour après l'accident, en examinant le bas-ventre, que M. Varrailhon observa avec stupéfaction un déplacement du pubis droit en haut et en avant, d'un centimètre environ, sans que le malade eût bougé. Le chevauchement disparaissait par la pression sur la crête iliaque et le

pubis pour reparaître dès qu'elle cessait. L'erreur était donc flagrante; cette double luxation expliquait les douleurs intenses et les troubles urinaires. Le bandage fut modifié pour maintenir le double déplacement articulaire et remplacé par une ceinture de toile forte comprimant le bassin avec sous-cuisses; les jambes fléchies sur le bassin avec une pile de coussins sous les jarrets. Le vingtième jour, les membres inférieurs furent mis en extension, une attelle de Boyer avec béquille appuyant sous l'aisselle pour faire l'extension, puis la contre-extension fut appliquée. Elle fut enlevée durant vingt-quatre heures tous les quinze jours pour reposer le blessé et prévenir la raideur des articulations. L'appareil fut enlevé deux mois après l'accident et un mois plus tard ce blessé reprenait son travail, sans aucune raideur articulaire ni claudication.

D'où la démonstration que cette luxation n'est pas aussi grave par elle-même qu'on pourrait l'inférer de la proportion des morts dans les cas cités. Le pronostic n'en est grave que par les autres blessures qui l'accompagnent, suivant que le choc ou la violence agit sur les organes abdominaux. Des désordres considérables et des lésions mortelles existaient à l'autopsie dans ces cas, outre les luxations de l'os iliaque. En tombant verticalement et parallèlement à l'axe du corps sur l'os des îles, la pièce de bois l'avait lésé isolément. D'où le pronostic favorable de cette simple luxation. (*Revue mens. de chir.*, octobre.)

Corset. Au lieu de la résection préconisée par Margari dans les luxations congénitales, le docteur Vincent donne la préférence à l'emploi du corset, lorsqu'elles sont simples et unilatérales. La saillie trochantérienne très marquée fournit un point d'appui suffisant au corset orthopédique. La marche en est très améliorée. Si la saillie est effacée, le corset reste inefficace et la résection devient alors nécessaire. Pratiquée dans un cas, cette résection montra le col du fémur plus gros et la tête plus petite que normalement. Après un mois d'immobilisation, une ankylose fibreuse permit à l'opéré de marcher plus facilement et mieux. En cas d'unitéralité, il est préférable de n'opérer qu'un seul côté avec un corset orthopédique de l'autre. (*Revue mens. de chir.*, novembre.)

M

MAL PERFORANT PLANTAIRE. Limitée par ce dernier adjectif à la surface des mains ou des doigts, cette lésion ulcéreuse ne laisse plus autant prise à la confusion et à l'erreur. Dans un travail d'ensemble, Maurice Péraire relate tous les cas des différentes lésions confondues avec elle, tandis qu'il signale seulement 18 observations s'y rapportant. Il est ainsi conduit, par sa marche essentiellement lente et progressive, à en faire une lésion trophonévrotique dont le pronostic est lié à l'affection, la blessure ou la plaie qui l'a déterminée et l'entretient.

Il est ainsi facile d'en faire le diagnostic différentiel avec le simple durillon ulcéré, le panaris mal soigné, les engelures ulcérées, le psoriasis syphilitique, la gangrène symétrique des extrémités, la sclérodactylie, les ulcérations syphilitiques et scrofuleuses, la lèpre tuberculeuse. Les exemples de ces confusions et les signes distinctifs ne laissent aucune place au doute. Essentielle ou symptomatique, c'est donc là une entité spéciale dont le traitement est subordonné à sa nature nerveuse. (*Archiv. de méd.*, juillet et août.)

Mal de Pott. Au-dessous des gibbosités déterminées par cette affection, le professeur Lannelongue a trouvé dans certains cas une diminution très notable du calibre de l'aorte. Sa lumière, par cette déviation, est parfois réduite à une simple fente. Ce fait est peu connu. Deux auteurs seuls ont signalé cette disposition. Ce silence s'explique facilement dans l'étude anatomo-pathologique de ce mal, par l'habitude où l'on est de ne considérer que la colonne vertébrale. On enlève à cet effet les gros vaisseaux en même temps que les viscères abdomino-thoraciques. Cette diminution du calibre de l'aorte entraîne forcément des troubles de la circulation devant se partager la pathogénie des phénomènes jusqu'ici rapportés exclusivement à des lésions des nerfs et de la moelle. On peut aussi lui attribuer la production de certaines variétés singulières de paralysies brusques progressives, ordinairement incomplètes, avec des

améliorations passagères et d'un type différent des paralysies par compression de la moelle. (*Soc. de chir.*, 23 juin.) Voy. Rétrécissement congénital de l'aorte descendante.

Des diverses déviations de la colonne vertébrale, scolioses et mal de Pott, par E. Duval, brochure de 59 pages in-8°, Paris, 1885. Monographie émanant de la longue pratique orthopédique du docteur Vincent Duval, dont l'expérience dans les hôpitaux de Paris était considérable. Douze planches figurent les appareils dont il se servait et les résultats obtenus.

MALADIES. *L'hérédité dans les maladies du système nerveux*, thèse d'agrégation à la Faculté de médecine de Paris par le docteur Dejerine et couronnée par le succès. Un volume de 293 pages in-8°, Paris. Riche et clair exposé de l'état actuel de cette question avec de nombreux faits à l'appui montrant, dans des chapitres distincts, l'hérédité dans les psychoses et les névroses, c'est-à-dire sans lésion appréciable ; l'hérédité avec lésions anatomiques et l'hérédité au cours des maladies infectieuses et des intoxications. Tout en paraissant séparées, ces diverses maladies ont souvent entre elles des relations étroites par l'hérédité nerveuse, suivant les malades qui les présentent. Il y a toujours une analogie dans la prédisposition acquise par une hérédité nerveuse.

De nombreux tableaux extraits de divers auteurs, et d'autres originaux et non édités, personnels ou prêtés, illustrent cette thèse et démontrent l'influence directe et indirecte des diverses maladies du système nerveux. Une riche bibliographie, analysée et commentée, en fait une œuvre capitale sur l'état actuel de cette question.

Des maladies simples du poumon (Asthmes pneumo-bulbaires et cardiaques, congestions, hémorrhagies et induration, lésion des plèvres), par le professeur G. Sée, Paris.

Maladie de Bright. *Pathogénie*. C'est l'herpétisme, suivant M. Séjournet, qui détermine la néphrite chronique. Chez plusieurs malades dont il rapporte l'observation, aucune autre cause ne pouvait expliquer l'étiologie de l'al-

buminurie. Il est à la fois cause prédisposante et occasionnelle, déterminante même dans quelques cas. C'est la clef de bien des inconnues, suivant lui, dans cette maladie constitutionnelle. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 23.)

C'est à peu près la pathogénie du professeur Semmola par l'action lente du froid humide sur la peau pendant des mois et des années; d'où l'affaiblissement progressif jusqu'à l'abolition des fonctions cutanées. Expliquant chimiquement et mécaniquement les modifications profondes en résultant, le savant professeur montre la néphrite s'établissant lentement. D'où le traitement logique d'un régime lacté exclusif et prolongé, conjointement avec des frictions sèches, le massage, la douche écossaise et la sudation par l'étuve. Température douce, sèche et constante, avec exercice de chambre; iodure et chlorure de sodium à dose progressive, en renonçant aux astringents. (*Acad. de méd.*, 9 septembre.)

Complications. Un soldat de vingt et un ans, grand et vigoureux, ayant eu une scarlatine deux ans auparavant, fut pris subitement d'hémiplégie gauche incomplète, avec fièvre, troubles intestinaux, etc. La présence de l'albumine dans l'urine fait diagnostiquer une maladie de Bright. L'amélioration du malade fut marquée par une légère hémorrhagie de l'oreille gauche avec bruissement, douleurs et gonflement de la région mastoïdienne. L'otorrhée devient purulente, peu à peu l'état s'améliore et le malade guérit.

Le médecin-major Dewèvre attribue ces accidents à la maladie de Bright, d'après quelques cas de ces otites hémorrhagiques rencontrés dans la science. Il y a même des hémiplégies brightiques. (*Lyon méd.*)

Absence d'albuminurie. On la confond souvent avec l'albuminurie et réciproquement celle-ci avec celle-là; c'est un tort. Le docteur Dieulafoy le démontre par 4 observations cliniques recueillies à l'hôpital Saint-Antoine. Les reins étaient manifestement brightiques et l'urine des malades, en petite comme en grande quantité, n'avait jamais présenté d'albumine. La thèse contraire est également démontrée. Il y a des albuminuries avec des reins intacts. Deux hommes rendant de l'albumine étaient dans le meilleur état de santé, sans aucun signe de brightisme. Une phtisique

albuminurique ne présentait à l'autopsie aucune trace de maladie des reins.

A défaut de l'albuminurie et des symptômes les plus ordinaires qui s'y lient, comme l'œdème, d'autres signes doivent être recherchés pour le diagnostic. Tels sont les troubles auditifs, le doigt mort, les démangeaisons, la pollakiurie et l'impressionnabilité au froid. L'abaissement de l'urée et des sels de potasse paraissent aussi être un signe de brightisme; mais l'analyse de l'urine ne donne pas toujours des renseignements fidèles et concordants. Leur toxicité même n'est pas en rapport avec la rétention de ces matières. L'injection de ces urines à des lapins le démontre. Il en a fallu une quantité plus considérable pour les tuer que de l'urine normale. Ce signe est donc aussi infidèle. Il s'ensuit que cette maladie est souvent très difficile à déceler par l'absence de symptômes spécifiques. L'autopsie, dans la première observation de cette étude, a donné ainsi un démenti formel au diagnostic porté. (*Soc. méd. des hôp.*, 11 juin, et *Gaz. hebd.*, nos 25, 26 et 27.)

Un exemple additionnel s'est présenté le 6 juillet, chez un cuisinier de marine de soixante-trois ans, accusant de violents maux de tête et des accès d'oppression durant depuis longtemps. La céphalalgie est générale avec maximum au front et aux tempes durant jour et nuit avec des rémittences. Il n'y a ni œdème, ni albuminurie, pas la moindre bouffissure de la face ni des paupières; mais il urine quatre à cinq fois par nuit, et les quatre doigts de la main gauche, pâles et insensibles à leur extrémité, sont comme morts, le matin surtout. Crampes horribles dans les mollets. 1800 grammes d'urine rendus dans la nuit contiennent seulement 6 grammes d'urée par litre sans albumine. Un délire violent survient dès le second jour et l'étouffement n'est expliqué par aucune lésion locale.

L'expérience de la toxicité des urines est négative, le lapin ne succombant qu'après l'injection de 265 grammes, c'est-à-dire la quantité double des urines normales. D'où la conclusion pour M. Dieulafoy que les accidents étaient d'origine brightique. Néanmoins, les calmants et un régime lacté absolu ne les dissipent pas et, dès le 12, la fièvre s'allume qui, en abaissant la quantité d'urine, fait apparaître l'albumine. Une bronchite se déclare et, malgré les

ventouses et le traitement ordinaire, cette complication fait des progrès, l'urine diminue de plus en plus et, bien que le délire ait cessé, la dyspnée augmente et le malade meurt le 15 au matin.

Les reins montrèrent une néphrite artério-scléreuse type, confirmée par l'examen histologique. Le cœur, du poids de 315 grammes, était à peine hypertrophié. Aucune autre lésion notable n'existait. (*Idem*, 22 octobre et n° 44.)

Absence de l'urotripsine. Dans 28 cas de mal de Bright, 24 aigus et 4 chroniques (néphrites primitive, secondaire, gros rein blanc, etc.), les recherches des ferments urinaires par Mya et Belfanti ont montré l'absence constante du ferment analogue à la tripsine. Au contraire, l'uropepsine existait dans le plus grand nombre des cas.

Dans l'impossibilité d'admettre que l'albumine de l'urine retint le premier et laissa libre le second, on ne peut expliquer cette absence, car dans les albuminuries simples, fébriles ou physiologiques, sans symptômes de maladie de Bright, on trouve toujours de l'urotripsine. (*Clinica med. de Turin.*)

Cocaïne. Elle serait diurétique, d'après l'étude faite par MM. Dacosta et Penrose sur 8 brightiques, quoiqu'il soit recommandé de ne pas l'administrer dans les maladies chroniques des reins. A la dose de 10 centigrammes à l'intérieur, deux à trois fois par jour, ou 3 centigrammes en injections hypodermiques, elle augmente l'urine, sans que la densité change, avec un dépôt abondant de lithates. Elle semble donc utile contre l'hydropisie et l'urémie. (*Med. News*, 19 juin.)

Maladies des enfants. En voici les principaux signes, résumés sous forme aphoristique, d'après le docteur Bradley. Une congestion des gencives indique une inflammation ou un état fébrile, quand il n'y a pas cachexie ni maladie chronique.

La congestion de la face, des oreilles et du front, le strabisme avec fièvre, oscillation de l'iris, irrégularité de la pupille, abaissement des paupières supérieures, indique une affection cérébrale.

L'émaciation croissante et marquée indique une affection subaiguë ou chronique grave.

L'hypertrophie bulbeuse des doigts et des ongles recourbés indiquent des troubles dans la fonction normale de la circulation, comme l'hypertrophie de la portion spongieuse des os annonce le rachitisme.

La présence entre les paupières d'une sécrétion épaisse et purulente des glandes de Meïbomius indique une grande prostration de la force vitale, comme la congestion passive des vaisseaux de la conjonctive signale l'approche de la mort.

La lividité prolongée, comme celle produite par l'émotion et l'excitation, est un indice d'un vice de conformation du cœur ou des gros vaisseaux, si la respiration est normale. Temporaire, cette lividité signale l'existence d'une grave maladie aiguë des organes respiratoires.

L'absence de larmes chez les enfants de quatre mois et plus suggère l'idée d'une maladie fatale, comme les cris aigus et perçants indiquent un grave trouble cérébro-spinal.

Les mouvements irréguliers, qui sont partiellement sous le contrôle de la volonté durant la veille, sont un signe de chorée, comme la contraction des cils en détournant la tête et les yeux de la lumière est un indice de céphalalgie.

L'enfant tenant sa main sur sa tête, ou cherchant à la faire reposer sur le sein de sa mère ou de sa nourrice, souffre ordinairement dans l'oreille ; lorsqu'il porte ses doigts dans la bouche avec une grande agitation, c'est une indication d'un état anormal du larynx. C'est une obstruction de cet organe, quand il tourne constamment sa tête d'un côté ou de l'autre. Une voix rauque et indistincte suppose une laryngite, tandis que la voix faible et plaintive indique la souffrance des organes abdominaux.

Une respiration lente et intermittente, accompagnée de soupirs, annonce une maladie cérébrale ; accélérée, elle est le signe d'une bronchite capillaire ; superficielle et accélérée, elle indique un état inflammatoire du larynx et de la trachée.

Une toux forte et sonore est un signe de croup spasmodique, tandis que, rauque et rude, elle indique le vrai croup. C'est la bronchite quand la toux est claire et dis-

tincte; sourde et douloureuse, elle indique la pneumonie ou la pleurésie. Elle est convulsive dans la coqueluche, sèche et indolore dans le cours de la fièvre typhoïde et intermittente, dans la dentition difficile ou la présence des vers. (*Union méd. du Canada* et *Boston med. and surg. journ.*, 18 novembre.)

Formulaire magistral pour les maladies des enfants de la naissance à l'adolescence, par le docteur S. E. Maurin, président fondateur de la Société protectrice de l'enfance de Marseille, lauréat de l'Académie de médecine, etc.; 1 petit vol. in-12 de 440 pages, deuxième édition, *librairie F. Alcan*, Paris.

Le succès de cet ouvrage usuel en montre l'utilité pour les praticiens des campagnes. Les enfants sont si clairsemés maintenant dans la plupart des ménages que l'indication est d'autant plus pressante de faire tout ce qu'il est possible pour les conserver. L'auteur trace à cet effet les règles de l'hygiène thérapeutique du coucher, du vêtement, de l'alimentation; les principes de thérapeutique générale; la nomenclature des principaux agents thérapeutiques usuels; la petite chirurgie infantile; le répertoire thérapeutique par maladie et la liste alphabétique des spécialités. Tous les renseignements utiles nécessaires s'offrent ainsi au médecin avec ce petit livre dans sa poche.

Maladies éruptives. *Retentissement favorable sur les lésions organiques.* Voy. Erysipèle, Scarlatine.

Maladies infectieuses. *Lésions histologiques du foie.* Généralement, dit M. Laure, après de nombreuses autopsies d'enfants et d'adultes, le foie est légèrement augmenté de volume, la couleur en est très variable. Il existe, soit à sa surface, soit sur les coupes, une marbrure grisâtre le plus souvent irrégulière, rappelant dans quelques cas le foie muscade. L'intensité de cette marbrure ne correspond pas toujours à des lésions histologiques très avancées et paraît dépendre surtout de la distribution topographique de la graisse dans les éléments du foie.

Les cellules hépatiques sont troubles, infiltrées de graisse toutes uniformément, tantôt à la périphérie, tantôt dans un

point quelconque du lobule. Les capillaires intra-lobulaires sont presque toujours dilatés; le tissu conjonctif est beaucoup plus abondant qu'à l'état normal au niveau des espaces-portes agrandis; parfois la néoformation conjonctive se prolonge de façon à réunir deux ou trois espaces en pénétrant par les fissures.

Les tuniques artérielles et veineuses sont épaissies et comme entourées d'un manchon de tissu correspondant à diverses périodes d'organisation.

Les canalicules biliaires sont dilatés et beaucoup plus apparents qu'à l'état normal. Sur certains points des espaces-portes, les noyaux de tissu conjonctif s'orientent en lignes et forment des traînées de pseudo-canalicules. Bien que la lésion soit plus fréquente à la périphérie du lobule, on rencontre également des amas de cellules embryonnaires et plus tard des îlots de tissu conjonctif au sein du même lobule.

Frustres sur certaines préparations, ces altérations sont parfois très accusées et constituent une véritable hépatite interstitielle qui n'a rien de commun avec les rares cellules embryonnaires rencontrées à l'état normal autour des canalicules biliaires. Ces lésions n'ont donc absolument rien de systématique, leur caractère essentiel est au contraire la diffusion.

Il n'est pas à croire que ces altérations des éléments anatomiques sont fatalement persistantes et le plus souvent appelées à disparaître; mais, dans quelques cas, elles peuvent devenir permanentes et constituer de vraies cirrhoses, absolument comme les lésions persistantes des reins qui succèdent parfois aux néphrites infectieuses. (*Soc. de biol.*, 5 juin.)

Maladies de la peau. *Arsenic.* Une vive réaction s'opère actuellement aux États-Unis contre l'emploi banal et routinier de cet agent dans toutes les affections cutanées. Le docteur Fox proclame son inutilité, sinon son danger, par la congestion qu'il détermine sur la peau. Tout en lui donnant son assentiment pour les maladies inflammatoires aiguës, le docteur Hardaway fait des restrictions pour les autres sans lui accorder une action spécifique, tandis que le docteur Keyes trouve cette proscription générale exagérée.

Beaucoup de formes chroniques des dermatoses en sont encore justiciables, pourvu que l'on établisse la tolérance de ce médicament. Il faut varier sa préparation ; les bons effets de l'eau de la Bourboule en sont la preuve. L'eczéma chronique, le psoriasis généralisé et le pemphigus en sont heureusement modifiés, surtout avec débilité nerveuse. Telles sont les restrictions mises à son emploi. (*New-York med. monthly* et *Journ. of cutan. diseases*, n° 8.)

Traité pratique et descriptif des maladies de la peau, par Alfred Hardy, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité, 1 vol. in-8° de 1240 pages, Paris.

Après une pratique de vingt-deux années à l'hôpital Saint-Louis, l'auteur a voulu faire profiter ses successeurs d'une si longue expérience ; ce volume est comme son testament scientifique. L'ouvrage est divisé en cinq classes avec un addendum des raretés ; c'est la représentation la plus autorisée des doctrines dermatologiques françaises, opposées à celles de l'Ecole de Vienne.

Maladie des tics convulsifs. Affection nerveuse ainsi nommée par le professeur Charcot d'après l'apparence extérieure des mouvements. Ils se reproduisent systématiquement, toujours les mêmes pour chaque partie du corps, un certain nombre de fois avec une régularité automatique, comme s'il s'agissait d'un plan établi d'avance. Ce n'est donc pas de l'incoordination motrice, comme l'appelle M. Gilles de la Tourette. Quatre nouvelles observations recueillies à la Salpêtrière par M. Guinon démontrent que les injures, aussi bien que les mouvements de ces malades, sont toujours les mêmes comme leurs gestes. Ils ne s'y laissent pas aller seulement en présence des personnes qui les dominent physiquement ; mais, dès qu'ils sont libres, ils recommencent de plus belle. Ce n'est d'ailleurs qu'à cet état grave et remarquable que le tic peut être considéré comme une maladie, d'après l'état mental qui la caractérise. (*Revue mens. de méd.*, janvier.)

Cette nouvelle affection nerveuse se relie évidemment à la *Maladie de Thompsen* consistant en une contracture musculaire, notamment chez les enfants et très souvent héré-

ditaire, comme il a déjà été dit en 1885. C'est une simple variété des maladies nerveuses subdivisées trop facilement. (*Gaz. hebd.*, n° 49, 1885.)

Maladies du système nerveux; leçons professées à la Faculté de médecine de Paris, par M. Vulpian, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine. 2 vol. grand in-8° de 800 pages.

Maladies des vieillards. *Étude clinique et anatomo-pathologique sur la vieillesse*, par le docteur Émile Demange, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, 1 vol. in-8° de 162 pages avec 6 planches hors texte, *librairie F. Alcan*, Paris.

Leçons faites à l'hospice Saint-Julien, où l'auteur, en fondant un service clinique, a pu étudier les lésions qui se manifestent chez les veillards des deux sexes par un effet de la sénilité. Tous les principaux organes et leurs fonctions sont examinés successivement, et c'est en systématisant leurs altérations par des exemples types, figurés en de belles planches : le cœur, l'aorte, le rein, la moelle sénile, qu'il fait bien comprendre les affections terminales de la vie comme la rupture du cœur. C'est dans le système vasculaire que les lésions les plus fréquentes se rencontrent; les autres ne sont ordinairement que consécutives.

MASSAGE. Il est employé dans la sciatique d'origine traumatique ou à frigore par Max Schüller, d'après le procédé suivant : La malade étant couchée sur le côté sain, la cuisse et la jambe légèrement fléchies, de fortes frictions sont pratiquées de bas en haut, le long des rameaux du sciatique, avec les deux pouces ou avec les éminences thénar et hypothénar. On percute ensuite le trajet des nerfs avec le poing et l'on malaxe les muscles avec les doigts des deux mains. La guérison s'obtient en deux à trois semaines. (*Deutsch med. Woch.*, n° 24.)

La *neurasthénie* est même traitée par ce moyen. Un ouvrage du docteur Weir Mitchell, relatant le procédé méthodique à cet égard, jouit d'un très grand crédit en Amérique et vient d'être traduit en français. Il est précédé d'une introduction du professeur Ball, qui considère la plupart de

ces malades comme des hystériques. Ce moyen agirait donc plutôt sur le système nerveux que sur la douleur locale et serait particulièrement applicable à l'hémiplégie hystérique de l'homme. (Voy. *ce mot.*)

Le docteur Finkler (de Bonn) affirme avoir réussi à réduire considérablement l'intensité de la glycosurie chez les diabétiques, en les soumettant aux procédés de massage suivant la cure méthodique préconisée par Weir Mitchell et Playfair dans le traitement de la neurasthénie. Nouvelle preuve en faveur de l'étiologie nerveuse du diabète. (*Congrès de Wiesbaden*, 14 avril.)

Un procédé particulier est employé par le docteur C. Roux contre les entorses de l'articulation tibio-tarsienne. Commençant par l'effleurage centripète, pendant une ou deux minutes, en augmentant peu à peu la rapidité des mouvements des doigts, afin d'anesthésier plus complètement la région fortement tuméfiée et douloureuse, il passe aux frictions avec les pouces et les éminences thénar, d'abord au-dessus de l'articulation, le long de la jambe, pour *faire le vide*, puis petit à petit sur toute la partie enflée. Lorsque le malade est habitué à toutes ces manœuvres, c'est-à-dire après plusieurs minutes, on presse davantage, on chasse l'œdème et l'on pénètre jusque sur la capsule articulaire, en contournant la malléole et passant sur le cou-de-pied ; on continue de la sorte en faisant de temps à autre, à main plate, une passe plus étendue sur le pied et la jambe, jusqu'à ce qu'on puisse partout sentir exactement les contours osseux et les détails anatomiques. La tuméfaction n'a pas complètement disparu, mais elle est plus molle; elle s'est étendue sur la partie inférieure de la jambe et l'on peut appliquer une bande qui enserre modérément l'articulation.

On peut hardiment promettre que la station debout et la marche, impossible au début, seront la récompense d'une séance de 15 à 20 minutes par cette méthode de Mezger, tandis que la manière à friction douce demanderait 1 1/2 à 2 heures pour atteindre le même but.

La bande empêche le retour trop rapide de la tuméfaction, donne à la jointure plus de fermeté et au malade plus d'assurance dans la marche. Celui-ci peut et doit marcher, mais, après quelques heures, il sent la fatigue, puis la dou-

leur. On fait alors une nouvelle séance, après laquelle il peut recommencer à prendre de l'exercice, ou bien on le laisse reposer jusqu'au lendemain, selon qu'il désire être plus ou moins vite guéri. On peut, en effet, faire une, deux ou trois séances par jour.

Sept observations concluantes sont rapportées à l'appui et ce procédé a été appliqué avec le même avantage contre les épanchements articulaires, les synovites séreuses et fibrineuses dont l'auteur donne une idée exacte par la description suivante.

Tantôt c'est un bras que le malade ne peut élever au-dessus de l'horizontale, un coude gênant l'extension et la flexion complètes, souvent la pronation et la supination; tantôt une faiblesse dans le genou, une raideur et une douleur accusées surtout à la descente ou quand le malade assis veut se lever; ou bien c'est un pied sur lequel le malade se pose sans douleur, mais qui le force, au moment où l'autre pied s'avance, à contracter vivement tous les muscles capables d'immobiliser l'articulation pour éviter la douleur et prête ainsi à la marche le caractère particulier de l'ankylose.

En face de tels cas, l'examen le plus minutieux est de rigueur, et ce n'est souvent qu'à la deuxième ou troisième séance que le diagnostic exact peut être posé. Séance, parce qu'on peut sans crainte de nuire *masser de confiance* tous ces cas douteux et c'est justement en massant qu'on découvre certains détails échappés à un examen même attentif. Il faut, la première fois, avoir soin de faire un massage complet de toutes les parties de l'articulation et de celles avoisinantes, si l'on veut promettre au malade une amélioration immédiate, passagère, mais nécessaire pour gagner sa confiance dans le procédé. C'est le meilleur moyen d'arriver au but, car le malade remarque une différence tout au moins fonctionnelle, et, au lieu de courir les cabinets de consultation, en comptant les praticiens « qui n'y ont rien pu », il donne à son médecin l'occasion de découvrir la vraie cause du mal et de faire une cure à coup sûr dont plusieurs exemples sont signalés. (*Soc. vaudoise de méd.*, avril et juillet.)

Le massage a été également employé soit comme moyen de diagnostic dans les luxations et les fractures, soit pour remplir dans celles-ci, lorsqu'elles sont réduites, le même

but que dans les entorses. Il ne s'agit donc pas d'y recourir sans réduction préalable, à l'exemple de M. Lucas Championnière. (Voy. FRACTURES.)

MÉNINGITE TUBERCULEUSE. Sa fréquence et sa mortalité, presque égales à celles du croup, doivent toujours faire accueillir avec intérêt les guérisons rapportées de cette maladie intraitable. Au cas signalé l'année dernière par le docteur E. Nillson, avec la pommade iodoformée, vient de s'en joindre 8 nouveaux, collectés dans la presse médicale suédoise. Trois émanent de médecins différents dont Moleschott est le plus connu. Il serait possible à la rigueur que ce fussent là des exceptions dues au hasard, comme beaucoup de praticiens en ont constaté au moins une fois dans leur carrière pour toute maladie grave. Mais il n'en est pas de même des cinq autres guérisons du docteur Warfvringe de Stockholm, attribuées uniformément au traitement suivant :

La tête étant rasée, on onctionne le cuir chevelu avec une pommade contenant 1 gramme d'iodoforme et 5 grammes de vaseline. On coiffe ensuite d'un bonnet en taffetas imperméable maintenu par une bande et l'on renouvelle cette onction matin et soir, soit 2 grammes d'iodoforme par jour.

Ce traitement topique a duré depuis 9 jours jusqu'à 32, en combattant les complications par les moyens usités.

Ces guérisons devant être rapportées à l'iodoforme, on peut admettre son action spécifique si ces succès se renouvellent. Une série heureuse en pareil cas est inadmissible, et, s'il n'y a pas erreur de diagnostic, ces guérisons doivent se répéter. Il s'agit donc d'expérimenter ce remède puissant, malgré sa mauvaise odeur. (*Rev. internationale des sc. médicales.*)

Méningite purulente *consécutive à l'énucléation de l'œil.* Voy. OPHTALMOLOGIE.

Pachyméningite cervicale. Depuis que cette entité morbide est entrée dans le cadre pathologique avec Olivier (d'Angers), les exemples recueillis dans ces dernières années en France comme à l'étranger n'ont guère montré sa cura-

bilité. Tous les malades sont morts après une durée plus ou moins longue, sans que la paralysie ait cessé de s'étendre et de progresser. Le pronostic en était donc des plus sombres. Aussi les dernières observations recueillies depuis une dizaine d'années sont-elles plus rassurantes. Huit guérisons sont ainsi rapportées par le docteur Edg. Hirtz, dont deux personnelles, les sujets ayant pu reprendre leurs occupations et leur genre de vie antérieurs.

Le *refroidissement*, par le séjour dans un air froid ou une habitation humide, est la cause manifeste de cette affection, revêtant parfois la forme rhumatismale, surtout chez les arthritiques. Une douleur locale en forme constamment le début, puis surviennent les symptômes paralytiques et enfin des troubles trophiques divers : atrophies musculaires, fragilité des ongles, hoquet tenace, perturbations génitales, satyriasis et impuissance consécutive comme dans l'ataxie et qui peuvent la faire craindre, alors qu'une azoturie considérable survient comme une crise favorable et détermine une guérison complète, après une durée variant depuis quatre mois jusqu'à dix-huit, et même trois à quatre ans.

Cette affection est donc curable, surtout quand les malades peuvent recevoir des soins immédiats et assidus. Les sédatifs, chloral et morphine en injections hypodermiques, sont applicables au début contre la douleur, puis les révulsifs locaux : ventouses scarifiées et pointes de feu fréquentes et répétées. Les bains chauds prolongés, surtout aux stations de Néris, La Malou, ont un effet sédatif très remarquable. L'électrothérapie contre les troubles trophiques et le salicylate de soude à haute dose chez les arthritiques contre les douleurs parfois atroces du cou complètent le traitement. (*Arch. de méd.*, juin.)

MÉTHÉMOGLOBINE. La signification exacte de ce nouveau mot, quoique introduit depuis plusieurs années dans le langage médical, n'est encore guère connue de beaucoup de médecins, sinon comme un nouvel élément du sang formé avec l'hémoglobine en particulier, c'est-à-dire le stroma même des globules rouges. L'oxygène combiné à un degré stable avec ce produit constitue la méthémoglobine, c'est-à-dire à un degré moindre que l'oxyhémoglobine. La différence avec celle-ci est que ce nouveau pro-

duit, une fois constitué, ne perd plus son oxygène même dans le vide et n'en gagne pas davantage agité à l'air. Cependant, il est aussi impropre à l'hématose et détermine l'asphyxie dès que le sang en renferme une forte proportion.

Les substances oxygénantes de l'hémoglobine étant très nombreuses, le professeur Hayem les divise en deux classes, selon qu'elles agissent sur celle des globules rouges ou celle du plasma sanguin. L'hémoglobine globulaire, combinée au stroma, a le pouvoir de réduire la méthémoglobine en hémoglobine pouvant s'oxyder de nouveau, tandis que la méthémoglobine dissoute ne se reconstitue pas. D'où la démonstration de deux variétés différentes de méthémoglobine, comme entre l'hémoglobine globulaire et l'hémoglobine libre du plasma, que divers médicaments, le nitrite d'amyle et la kairine en particulier, transforment. Dans le globule rouge, ils la transforment sans la détruire, et dès que l'on en suspend l'usage, le sang redevient rapidement normal. Ces agents, comme les chlorates et les nitrites, sont donc beaucoup moins dangereux que l'on ne pourrait le craindre. (*Acad. des sc.*, 22 mars.)

MICROBIOLOGIE. La promulgation académique de la découverte des leucomaïnes, distinguées des ptomaïnes, ayant certains rapports avec les microbes par leur rôle obscur, caché dans l'organisme, a rallumé la discorde entre les apôtres de cette doctrine et leurs contradicteurs. Aux expériences délicates et précises de M. Gautier, montrant ces alcaloïdes morbides sur le vivant (Voy. LEUCOMAÏNES), M. Béchamp n'opposant, en faveur de ses microzymas, que ses anciennes expériences de Montpellier pour établir sa priorité, ne pouvait qu'entretenir l'incrédulité et le doute sur tous ces infiniment petits. N'ayant jamais été contrôlées, approuvées ni confirmées, que par des interprétations étrangères, anonymes, celles-ci ne pouvaient prédominer sur les autres, malgré l'assurance et la conviction sans égale de leur auteur. Il a été ainsi mis en demeure de les répéter d'une manière scientifique devant une commission académique, composée principalement de ses contradicteurs.

Le professeur Peter voit dans cette découverte la ruine des doctrines microbiennes, car si des matières toxiques

résultent de l'évolution des actes normaux de la vie, la genèse des maladies s'explique sans les microbes. L'urée étant fabriquée constamment par l'économie, celle-ci peut bien former de même des alcaloïdes aux dépens des décompositions d'ordre purement vital. Il démontre par la fièvre du surmenage comment la fièvre typhoïde et le typhus, maladies à microbes, sont engendrés par l'accumulation des matières extractives dans l'économie. L'encombrement, par la respiration d'une atmosphère chargée de principes infectieux, n'agit là que comme les miasmes infectieux, les matières fécales et les eaux corrompues, contaminées. La spontanéité et la contagiosité sont ainsi conciliées.

Qu'un émonctoire soit malade en pareil cas, comme le rein, et aussitôt l'économie tout entière est infectée par l'urée. L'ictère grave n'est de même qu'une typhisation par insuffisance des éléments de la bile; d'où la débâcle d'urée coïncidante avec la guérison. L'empoisonnement par des mets putréfiés se traduit aussi, comme le choléra, par la diarrhée, les vomissements, l'algidité. Le bacille virgule, qui, d'après son auteur, engendre le choléra par la ptomaïne qu'il sécréterait, n'en est donc pas la cause directe. C'est par l'action des cellules vivantes de l'organisme, et non celle des microbes, que M. Gautier démontre la production des alcaloïdes animaux. Cette doctrine nouvelle, lumineuse et précise, explique donc bien mieux les phénomènes de la vie anormale que les doctrines parasitaires, pleines de ténébreuses hypothèses.

Sans admettre que les leucomaïnes oxydables et azotées nous délivrent de la tyrannie des microbes, le professeur L. Le Fort montre que la genèse primitive, spontanée, s'explique bien mieux que par les microbes dans plusieurs maladies chirurgicales. Il en fournit un exemple frappant. Une femme, ayant depuis longtemps une fistule suppurante à la cuisse, accouche à la campagne dans ces conditions et meurt de fièvre puerpérale. La même sage-femme qui l'avait assistée accouche ensuite six autres femmes qui succombent successivement, toutes de même, sans autre communication entre elles que la sage-femme. Est-ce donc elle qui leur transmettait le fatal microbe? Les leucomaïnes de M. Gautier sont bien plus admissibles.

A ces objections, voici les réponses. D'accord avec

M. Peter, admettant une auto-infection ou auto-typhisation par les alcaloïdes animaux, agissant sur les centres nerveux, M. Gautier repousse la spontanéité des maladies se transmettant manifestement par contagion, soit indirectement, soit par l'un de ces contages ou ferments cellulaires dont M. Pasteur a montré la constitution, l'organisation et l'évolution. Ces maladies spécifiques, comme le charbon, le choléra des poules, le rouget, la lèpre, ne peuvent se produire spontanément, pas plus que la variole et les autres fièvres éruptives. Un agent virulent, organisé, est toujours indispensable, comme on peut l'admettre d'après les faits, sans qu'il soit encore connu dans la plupart des cas.

Les ptomaïnes et les leucomaïnes produites par les cellules normales et en pleine santé, comme l'urée et l'acide carbonique, doivent en être distinguées. Dérivant des cellules, ces alcaloïdes ne peuvent empoisonner l'organisme qu'en ayant à leur origine un microbe généralement anaérobie, cause première de l'infection. D'où la pente insensible du botulisme à ceux du choléra indien, puisque dans les deux cas il y a production de matière infectante. Ne pouvant résulter ni de la destruction spontanée des albuminoïdes, ni du dédoublement de ces substances altérables par un ferment soluble ou diastase n'existant pas, elle ne peut avoir d'autre agent producteur qu'une cellule ou microbe infectieux.

Assurément, la cause d'un grand nombre de maladies est en nous, et il serait absurde et dangereux de prétendre qu'un microbe est toujours indispensable à leur production. Jamais M. Pasteur n'a tiré cette conséquence de ses recherches. L'arthritisme et ses nombreuses manifestations, les dyscrasies acides, comme l'anémie, le diabète et toutes les maladies résultant d'oxydations incomplètes, la fièvre de famine, la pneumonie et la pleurésie franches, et bien d'autres maladies fébriles, ont leur cause première en nous.

Ces cellules pathogéniques, différenciées et cultivées par M. Pasteur : virus, contages, ferments figurés ou microbes, sont comme les cellules normales produisant des leucomaïnes. Elles se forment en vivant en dehors de l'influence de l'oxygène, c'est-à-dire anaérobiquement ou putréfactivement, comme l'oxygène éliminé dans nos excrétions en est la démonstration expérimentale. De là deux causes

morbifiques différentes à distinguer; ce qui donne raison en partie à M. Peter, qui s'est empressé d'en prendre acte aussitôt. Si des microbes se rencontrent dans ces dernières maladies, n'est-il pas bien admissible qu'ils sont alors provoqués par les modifications vitales des tissus, à la manière dont se forment les leucomaïnes ?

En voyant exclusivement le microbe, en le cherchant partout et en croyant le trouver, la nouvelle école soulève et excite ainsi des oppositions énergiques et croissantes. Des bactériologistes ont avancé que les alcaloïdes isolés étaient produits par la nutrition des microbes. Elle l'admet même implicitement d'après ses effets supposés. C'est le microbe latent, présumé par M. Verneuil chez la première accouchée citée par M. Le Fort. Une maladie infectieuse peut être produite par un microbe ayant vécu à l'état latent pendant de longues années dans l'organisme, comme l'école de Lyon l'a démontré. Un jeune homme de vingt ans, observé récemment, a présenté ainsi, depuis l'âge de huit ans, plusieurs poussées d'ostéomyélite dans des régions éloignées, sans aucune manifestation dans les intervalles. L'ouverture antiseptique du dernier abcès a décelé le *streptococcus aureus* en abondance, lequel, étant cultivé, a reproduit la maladie. Des bacilles tuberculeux, isolés et comme enkystés dans un organisme sain, sont aussi trouvés à l'autopsie. Ils peuvent exister à l'état de spores, de graines inertes ou dormantes. Les érysipèles successifs, chez certains individus, sont ainsi expliqués, aussi bien que ces suppurations tardives, ces abcès des os, ces hyperostoses observés par M. Lannelongue chez des adultes et même des vieillards, comme la répercussion d'une médullite diffuse de l'enfance ou de l'adolescence.

Ce microbisme latent ne crée pas la maladie, mais constitue un danger permanent, une imminence morbide. Les sujets sains peuvent y résister, mais la moindre ulcération, une écorchure, une maladie aiguë peut le rendre actif aussitôt. Les héréditaires sont ainsi prédisposés, et plusieurs rechutes ou récidives de maladies microbiennes se manifestent de la sorte, comme les contagions inattendues et invraisemblables de maladies infectieuses. D'où l'indication chirurgicale de stériliser avec soin les foyers morbides, de purifier les régions exposées et les cavités où les microbes

persistent, de dépasser les zones suspectes avec le couteau ou le caustique, aussi bien que d'appliquer le traitement spécifique, chaque fois qu'il existe, contre ces microbes latents et cachés.

L'expression de latente ne convient guère, suivant le professeur Trélat, à des microbes manifestant leur présence par une série d'accidents successifs. Dans cette question obscure, il faut donc distinguer entre ceux de l'ostéomyélite et de la tuberculose, procédant plus ou moins rapidement à des poussées de colonisation migratrices, et les bacilles de l'érysipèle, du charbon, agissant d'emblée, et se terminant par la mort ou une guérison définitive.

Délimitant aussi la question, M. A. Guérin, qui a été le premier à reconnaître et proclamer l'action des ferments ou corpuscules animés de l'air sur les plaies, signale l'exagération de certains partisans de cette doctrine. La découverte des alcaloïdes animaux ne saurait expliquer l'érysipèle ni l'infection purulente, mais elle peut conduire à mieux comprendre le tétanos et l'érysipèle bronzé, et éclairer l'infection putride, si différente par ses symptômes et ses lésions de l'infection purulente.

La pneumonie est infectieuse comme la rougeole et la variole, suivant le professeur Cornil; des cultures pures de microbes pneumoniques, injectées à des animaux, provoquent fatalement cette maladie, tandis que le froid en est seulement une cause banale en en amenant bien d'autres. Il n'agit qu'en rendant l'organisme favorable au développement des microbes, comme pour l'endocardite et l'ostéomyélite. Si les maladies infectieuses dépendaient seulement de l'état général, il y en aurait une seule, toujours la même; au contraire, elles diffèrent selon les micro-organismes qui les produisent. Admettre les idées de M. Béchamp que les granulations moléculaires, corps organisés, se transforment en bactéries par leur évolution, est une véritable hérésie micrographique. Leur nombre considérable, plus de cinquante variétés autonomes actuellement, montre le contraire. La transformation ou métamorphose du microzyma est surtout contraire, opposée à la loi générale de l'immutabilité des espèces animales et végétales. Cette prétention est la ruine même de sa doctrine. Dire que le microzyma devient vibrionien, c'est montrer qu'il n'est pas une espèce

vivante ou nier la loi la mieux établie : l'immutabilité de l'espèce.

Si, d'après le savant micrographe, la doctrine microbienne repose sur des faits indéniables, des organismes parasitaires ayant un rôle et une activité pathogène spécifique, des bactéries ayant une forme, des dimensions, un mode de culture et de coloration caractéristique, et des effets identiques en reproduisant la maladie dont elles proviennent, il n'en est plus de même des cliniciens se plaçant à leur point de vue. La même plaie, pour M. Verneuil, donnerait ainsi naissance à un érysipèle, un panaris infectieux ou à une septicémie puerpérale chez la femme en couches. Tout en démontrant la nature parasitaire de l'infection puerpérale par les succès des antiseptiques dirigés contre les microbes, au point que la mortalité de 15 pour 100 est réduite à 1, M. Charpentier, au lieu de spécifier le nom et les caractères de ce microbe, s'inquiète peu de sa morphologie et sa nature, son unicité ou sa multiplicité ; il affirme que la puerpéralité crée les conditions favorables à sa multiplication, à son absorption, il en est l'agent capital et le combat en aveugle. De moins convaincus, plus exigeants, peuvent bien douter en présence de telles assertions. Kraske (de Fribourg) a admis de même la multiplicité des microbes dans l'ostéomyélite aiguë au Congrès des chirurgiens allemands. Toutes les autres opinions dans ce long débat, étant basées sur des hypothèses et des *à priori*, ne serviraient dès lors à convaincre personne. (*Acad. de méd.*, février, mars et avril.)

La question des microbes, comme cause immédiate des maladies, est si peu résolue que l'on cherche sans cesse à s'assurer de leur existence et que de nouveaux sont découverts ici et là dans les sécrétions les plus insignifiantes. Le tartre salivaire serait ainsi formé par des micro-organismes spéciaux, d'après le docteur Galippe. M. Poncet en a découvert un autre dans le chalazion, qui n'a pu être constaté dans la clinique spéciale du professeur Panas. (*Soc. de biol.*, 6 mars et 26 juin.) Il y en aurait bien d'autres à signaler, notamment le bacille de la péricardite rhumatismale, cultivé par M. Wilson, mais les contradictions sont si fréquentes qu'il est prudent de s'abstenir. (*Arch. de méd.*, avril.)

Il suffit de constater que M. Arloing, ayant voulu s'assurer de leur caractère aérobie et anaérobie en étudiant, chez

le cobaye et le rat inoculés du charbon et de la septicémie, la quantité d'acide carbonique expulsée dans ces deux maladies infectieuses, n'a pu arriver à se convaincre de cette qualité distincte. (*Acad. des sc.*)

Microbes et maladies, par J. Schmitt, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy; un vol. in-8° de 300 pages, avec figures. Paris. Résumé des connaissances actuelles en microbiologie avec l'histoire naturelle des microbes et les procédés techniques en usage pour les étudier, leur classification et le rôle des microbes pathogènes. Une étude générale des maladies zymotiques et infectieuses avec la théorie microbienne de leur production, leurs caractères cliniques et leur traitement, forme la seconde partie.

Recherches sur le choléra, par W. Nicati et M. Rietsch, in-4° de 172 pages, avec tableaux synoptiques et planches coloriées, *librairie Alcan*, Paris.

Exposé des études faites à Marseille en 1884 sur le bacille du choléra avec le détail des nombreuses expériences instituées et les résultats obtenus. Les inoculations des cultures pures sur les animaux les ont ainsi fait périr en quelques jours avec les mêmes lésions intestinales présentées par l'autopsie des cholériques, tandis qu'injectées dans les vaisseaux, elles déterminent la septicémie. La ptomaïne extraite des cadavres, identique à celles des cultures pures du bacille virgule, produit encore la mort autrement. D'où la spécificité de celui-ci, son mode de développement et d'action et les mesures prophylactiques à prendre contre lui.

MYOPATHIE. Ce titre doit être consacré spécialement pour indiquer l'affection essentielle ou symptomatique des muscles. Employé jusqu'ici pour désigner seulement leur atrophie ou leur hypertrophie, on l'a toujours fait suivre de ces adjectifs, comme si le muscle n'était pas susceptible d'autres lésions. Après l'avoir fait dépendre exclusivement d'une lésion de la moelle, cette atrophie a été reconnue produite par une simple névrite périphérique, isolée, et enfin de nouvelles observations ont montré qu'elle pouvait apparaître sans lésions macroscopiques, comme dans l'hystérie. (Voy. Atrophies, Névrites, Paralysies.) Pourquoi re-

courir à ces divers titres quand la myopathie est essentielle, idiopathique? Ne serait-il pas plus exact de dire myopathie atrophique, hypertrophique, névritique ou paralytique quand le mal siège exclusivement dans le muscle?

Myopathie faciale. Sept individus en offrant le type ont pu être réunis par M. Landouzy dans son service, ce qui leur donnait un air de famille tout particulier. L'atrophie de certains faisceaux musculaires, les orbiculaires de l'œil et des lèvres notamment, leur donne un aspect triste, niais, béat, avec exorbitis apparent et une proéminence des lèvres avec épaississement. La peau du front est absolument lisse, sans aucune ride. Tels sont les principaux caractères de la physionomie au repos de cette maladie.

Le facies devient encore plus caractéristique sous l'influence des mouvements. La fente buccale s'élargit démesurément en parlant; il y a difficulté de siffler, de souffler, de cracher, par suite de l'altération de l'orbiculaire; au lieu du rire franc, toutes lèvres déployées et dents dehors, le rire en haut et gai, il est en long, en travers et en bas; ce rire est triste par l'élargissement de la bouche et ses buccinateurs et non par ses muscles élévateurs. Il apparaît d'autant plus triste et bête que les parties hautes du visage ne participent pas à l'égaiement de la physionomie. Si le malade veut fermer les yeux, l'occlusion palpébrale n'est pas possible, et au summum des efforts, les paupières laissent toujours apercevoir entre leurs bords une bande de sclérotique de plusieurs millimètres; l'impossibilité est complète aussi de froncer le sourcil et de rider le front.

Cet aspect est caractéristique de la myopathie atrophique progressive et permet d'en faire le diagnostic d'emblée. L'une de ces malades, jeune fille considérée en parfaite santé, venue pour accompagner sa mère, fut reconnue à ce signe particulier et l'on constata, par l'examen, l'atrophie du pectoral. Sa photographie à l'âge de sept ans en portait déjà les traces, sans que personne le soupçonnât. Un autre malade de trente-cinq ans, venu à la consultation pour une maladie du cœur, le présentait de même depuis l'enfance, comme l'indiquait sa photographie à neuf ans. De là l'importance de ce signe assez fréquent pour qu'une quin-

zaine de cas en aient été observés à Paris en moins de deux ans. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, décembre.)

N

NÉCROLOGIE. Comme toutes les années précédentes, plusieurs jeunes élèves des hôpitaux ont succombé, victimes du devoir professionnel. *Crespin*, Gaston-Marie, interne à Lariboisière, est ainsi mort d'une pneumonie infectieuse contractée dans son service. De même de *Clare Saint-Allais*, externe à la Pitié, mort de la pneumonie qui régnait dans les salles du docteur Lancereaux. (Voy. Pneumonie.)

L'un d'eux surtout a été frappé dans les circonstances les plus douloureuses. L'interne provisoire de l'hôpital des Enfants-Assistés, où il avait opéré, avec succès, trois petits croupeux, est mort le lendemain d'une diphtérie infectieuse qui l'a emporté à vingt-quatre ans! Aussi une plaque commémorative illustrera son nom, au lieu même de son sacrifice, par cette inscription : *Jean Dussaud*, mort victime de son dévouement, 20 juillet 1886, Paris.

Daniel *Carrion* est tombé victime de son amour pour la science. Voulant faire sa thèse sur la veruga, ou fièvre d'Ovoya régnant au Pérou, il chercha à démontrer la nature de cette affection peu connue en se faisant inoculer le virus d'une pustule existant chez un malade. Un mois après, il présentait une fièvre violente avec accès, douleurs atroces dans les os et les jointures, une insomnie continue et des vomissements incoercibles. Ces symptômes, en s'accentuant, déterminèrent la mort avant l'apparition des pustules qui sont comme la crise curative de cette maladie.

Sur l'initiative du directeur du service militaire de santé, un hommage public et religieux a été rendu, le 29 octobre, aux médecins militaires décédés au Tonkin. Un office funèbre a été célébré au Val-de-Grâce en l'honneur de leurs services et leur mémoire. Les noms de Zuber, Lucotte et Raynaud, Bonnet, Gérardin et Claude ont été proclamés par le gouverneur militaire de Paris dans une allocution émue, avec ceux des officiers d'administration, en payant une juste reconnaissance d'admiration pour leur dévouement à toute épreuve, dans les campagnes lointaines.

La mémoire du père de la chirurgie scientifique, J. Hunter, a été glorifiée une fois de plus dans son pays. Une statue lui a été élevée dans le nouveau musée d'Oxford, le 29 mai, en présence du prince Christian et d'une nombreuse assemblée de spectateurs. Sir J. Paget a prononcé un éloquent discours à cette occasion.

Bert, *Paul*, docteur en médecine en 1863, ne fut jamais médecin que de nom; son esprit le portant aux sciences pures, il appartient surtout à la corporation médicale comme savant. Son premier mémoire sur la greffe animale fut couronné par l'Académie des sciences en 1865, et, reçu docteur ès sciences l'année suivante, il fut ensuite nommé professeur de zoologie. Ses travaux d'anatomie et de physiologie comparée se succèdent rapidement, se dirigeant surtout vers l'étude de la respiration; d'où ses recherches sur la pression barométrique et le rôle de l'oxygène dans l'asphyxie, qui lui valurent le grand prix de l'Institut de France. Ses succès éclatants, en l'appelant à succéder à Cl. Bernard à la Sorbonne en 1868, semblaient devoir le fixer définitivement dans cette voie scientifique de la physiologie expérimentale. Mais la Roche Tarpéienne était près du Capitole. Trois jeunes aéronautes montés dans le *Zénith* s'étant élevés pleins de confiance dans les airs sur la foi de ses calculs, deux furent bientôt asphyxiés, M. Gaston Tissandier seul revint à terre à moitié mort.

La République, en l'appelant dès son début à des fonctions politiques, décida de son avenir. Radical et libre penseur, il ne tarda pas à marquer sa place au premier rang de ceux qui aspiraient à la diriger et la gouverner. Lieutenant de Gambetta, il fut choisi pour diriger l'instruction publique dans son ministère de courte durée, et la mort du grand patriote l'obligea de marcher avec les opportunistes. Il fut élu membre de l'Académie des sciences, pour ses travaux sur l'anesthésie chloroformique. (Voy. *années* 1878, 1879.) Au commencement de l'année 1886, il fut nommé résident au Tonkin pour établir le protectorat français dans ce pays et l'organiser. Comme médecin, il espérait conjurer les éléments et résister au climat. Au contraire, il succombait à la diarrhée le 11 novembre, à cinquante-trois ans, quelques mois après son arrivée.

Autoritaire et absolu par tempérament, doué d'une intelligence aussi vaste que son imagination, P. Bert apportait dans ses conceptions, ses doctrines, comme dans ses volontés et ses actes, toute la hardiesse, l'énergie, la décision et l'affirmation propres à les faire accepter et exécuter. Le doute, la prudence, la réserve, les atermoiements n'étaient pas son fait. Il était essentiellement homme d'action, et son activité ne connaissait pas d'obstacles. Ces grandes facultés sont parfois dangereuses, en science comme en politique, et produisent plus de mal que de bien. Ses doctrines firent ainsi deux victimes, et il tomba lui-même foudroyé par un climat meurtrier qu'il croyait dominer.

Billod, E., médecin aliéniste bien connu par ses nombreux travaux dans sa spécialité, a succombé dans sa retraite de Château-Gontier le 26 février, âgé de soixante-dix ans environ. Pendant quarante ans, à partir de sa réception, en 1843, il s'occupa très activement des aliénés dans les divers asiles où il fut envoyé, en se distinguant par ses grandes qualités d'administrateur. Il fut ainsi appelé à organiser celui de Vaucluse lors de sa formation, et fut élu alors membre correspondant de l'Académie de médecine. Ses ouvrages, très consciencieusement et minutieusement écrits, l'ont fait distinguer dans sa spécialité et obtenir le grade d'officier de la Légion d'honneur.

Bouchardat, A., le mieux connu, le plus laborieux et fécond de ses contemporains, s'est éteint âgé de près de quatre-vingts ans, alors qu'il venait de descendre de sa chaire et publiait son dernier annuaire. Pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu pendant près de trente ans, il fut constamment sur la brèche pour recueillir tous les travaux et les découvertes sur la matière médicale, la pharmacie et l'hygiène. De là le succès de tous ses ouvrages sur ces divers sujets, grâce au soin qu'il avait d'en mettre les dernières éditions au courant de la science, sans rien oublier, en les enrichissant de ses réflexions savantes et pratiques. Son *Formulaire magistral*, dont la 26e édition est enregistrée à Thérapeutique, en est le meilleur témoignage. Son *Traité du diabète* consacre également l'œuvre principale de sa vie, comme son *Hygiène* est le résumé de son enseignement de

plus de trente ans à la Faculté de médecine. Ce n'est pas ici, où le succès en a été consacré à plusieurs reprises, qu'il convient de s'y appesantir.

Essentiellement réfléchi et laborieux, M. Bouchardat n'abandonna jamais une idée dès qu'il l'avait émise, et poursuivit ses œuvres jusqu'à la fin. De là son succès. Travailleur opiniâtre et d'une grande affabilité, d'un jugement ferme et droit, il a recueilli d'universelles sympathies pendant sa vie et laisse de précieux enseignements après sa mort.

Chevers, *Norman*, le médecin anglais qui, avec sir Fayrer, connaissait le mieux l'Inde, où il vécut pendant un quart de siècle, est mort le 7 décembre, à soixante-huit ans. Entré dans le service médical du Bengale en 1848, il prit sa retraite en 1876 comme chirurgien général et devint médecin principal et professeur de médecine au Collège de Calcutta. Il était membre de la commission d'enquête sur la découverte du microbe du choléra de Koch. Auteur de nombreux travaux sur les *Maladies de l'Inde* et de la *Jurisprudence médicale* de ce pays, qui obtint le prix Swiney du Collège des médecins de Londres, il rendit son nom si populaire dans les annales indiennes et le *British medical journal*, qu'il en était considéré comme le représentant le plus accrédité.

Courty, *Amédée*, professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Montpellier et bien connu par ses travaux gynécologiques, a succombé le 4 mars, à soixante-six ans. Élève de Coste, il s'est inspiré de ce maître dans tous ses travaux, notamment son *Traité des maladies de l'utérus*, couronné par l'Institut. Il avait obtenu une grande situation de clientèle dans tout le Midi, justifiée par son talent chirurgical, surtout comme gynécologiste.

Flint, *Austin*, le Trousseau américain, c'est-à-dire le clinicien le plus remarquable des États-Unis, et qui comme tel devait présider le Congrès international des sciences médicales qui doit avoir lieu en 1887 à Washington, a été frappé d'apoplexie le 13 mars, âgé de soixante-treize ans. Anglais par ses ancêtres, son aïeul puritain ayant émigré

en 1638 dans le Massachusetts, il était de la 4e génération de médecins dans ce pays, où son nom jouit de la plus grande célébrité. Il y débuta et ne quitta Boston que pour aller enseigner successivement à Buffalo, Chicago, Louisville, la Nouvelle-Orléans et New-York, où il remplit les plus hautes fonctions de professeur de médecine clinique au Collège de Bellevue jusqu'à sa mort. Partout sur son passage, il répandit l'idée et le goût de l'enseignement anatomique et proposa le premier à l'Association médicale américaine, dont il fut l'un des fondateurs, de provoquer des lois à ce sujet.

Clinicien de premier ordre, Flint a surtout établi sa réputation par le *Traité des principes et de la pratique médicale* qui eut de nombreuses éditions, son *Essai sur la percussion et l'auscultation*, son *Mémoire sur les bruits cardiaques, physiologiques et pathologiques*. Bien d'autres travaux l'avaient également fait distinguer en Europe, où il fit plusieurs excursions, notamment en Angleterre. Il y prononça ainsi le discours d'inauguration dans l'un des derniers meetings de la *Bristish medical Association*, où il fit connaître l'état de la médecine aux États-Unis avec les plus curieux détails sur son exercice et la topographie des endémies qui y règnent. La vaccination contre la rage en France ne le laissa pas indifférent aux vives discussions qu'elle suscita dans son pays; il s'en montra l'un des plus énergiques contradicteurs envers le docteur Biggs, à l'Association médicale du comté de New-York le 8 mars, cinq jours avant sa mort.

Forster, *Cooper*, célèbre chirurgien anglais, auteur de la première gastrostomie exécutée dans son pays, successeur de Hilton en 1870 à l'hôpital Guy, président du Collège royal des chirurgiens en 1885, est mort presque subitement le 2 mars, à soixante-trois ans. Jouissant de la fortune et de tous les avantages physiques, il réalisa au plus haut degré l'excentricité anglaise, aussi bien par sa généreuse nature que par son adresse opératoire. Les salles de son service étaient toujours décorées à ses frais de rameaux et de fougères, et il prodiguait des soins et une attention paternels à ses opérés. Il accueillit et adopta ainsi le projet de changer les infirmiers d'une salle à l'autre tous les

trois mois. Ce plan n'ayant pas réussi, il donna sa démission. Énergique dans ses actes et résolu dans ses opinions, absolu même, il adopta la torsion à l'exclusion de la ligature. Plusieurs actes de sa carrière furent aussi marqués d'originalité; mais il était un modèle dans sa famille. Afin de s'y consacrer entièrement, il résolut de prendre sa retraite en quittant le fauteuil de la présidence de son illustre corporation, et, dès le mois de janvier, il quittait l'Angleterre pour le midi de la France. Cannes, Nice, Menton furent ses principales stations, lorsque, les premiers jours de février, il se trouva indisposé et vomit au retour d'une longue promenade. Cet état persistant les jours suivants, il l'attribua à son alimentation étrangère et résolut de retourner immédiatement à Londres. Il accomplit le voyage en trente-six heures, et, malgré les secours rapides et empressés de ses confrères, il succombait trois à quatre jours après d'une *enteric fever*. Mais aucune lésion n'ayant été constatée à l'autopsie dans l'intestin, alors que la plupart des autres organes étaient plus ou moins altérés, le docteur Wilks conclut que le défaut d'avoir pu souvent *manger à son goût à la carte* et forcé de s'asseoir à *une sale table d'hôte*, ainsi que l'*ennui des manières étrangères*, sont bien suffisants, avec son esprit, pour expliquer l'inanition et la mort. Forster sera resté ainsi original jusque dans sa mort. (*Lancet*, mars.)

Gamgee, *Samson*, le chirurgien bien connu de l'hôpital de la Reine à Birmingham, célèbre par ses nombreux travaux, a succombé dans cette ville le 18 septembre, à cinquante-huit ans. Atteint d'une affection rénale depuis cinq ans, il vaquait encore à ses travaux professionnels, lorsqu'une chute, faite dans la rue, détermina une fracture de l'extrémité supérieure du fémur, constatée seulement trois jours avant sa mort. Il n'avait voulu voir personne jusque-là, en disant que ce n'était rien et en allant de son lit à son fauteuil.

Né à Florence, il avait étudié dans cette ville, à Pavie et à Paris, en devenant également familier avec la langue de ces pays. Il contribua ainsi beaucoup à en faire connaître la littérature médicale en Angleterre.

Gillette, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, est mort presque subitement d'une péritonite, à cinquante ans! C'était un travailleur modeste, digne successeur de son oncle, mort pour la science. Ses travaux sont peu nombreux, mais ils ont de la valeur et conserveront son nom. Membre et ancien secrétaire de la Société de chirurgie, celle-ci a levé sa séance du 24 mars en signe de deuil. Alors qu'il allait recueillir le fruit d'une existence laborieuse, il laisse sa famille sans secours.

Guérin, *Jules*, le lutteur intrépide qui pendant plus d'un demi-siècle n'a cessé de se tenir sur la brèche et au premier rang, dans la presse comme dans les Sociétés savantes, notamment à l'Académie de médecine, où il fut élu en 1842, a succombé à quatre-vingt-cinq ans, le 25 janvier. Simple journaliste d'abord, il sut donner à la *Gazette médicale* le premier rang des organes de la presse en s'y personnifiant et en appelant à son aide ses contemporains les plus en vue. C'est en se rendant redoutable par sa critique qu'il s'attira souvent des collaborateurs et des amis. On avait peur de sa plume et, dès ce moment, on le craignit. Outre une valeur incontestable par ses travaux orthopédiques, c'est comme journaliste qu'il entra à l'Académie. Aussi la quitta-t-il dès qu'il lui fut impossible d'y faire enregistrer ses succès de guérison des abcès par congestion du mal de Pott, réputés incurables jusque-là. Ce fut l'œuvre de Malgaigne. En faisant un rapport sur ce sujet pour y entrer, il avait visité les enfants donnés comme guéris et montra qu'ils ne l'étaient pas. Un *tolle* général accueillit ce rapport et, après son adoption, malgré M. Guérin et ses nombreux amis : Blandin, Jobert (de Lamballe), Louis et Orfila, il fut obligé, par Velpeau et d'autres, de subir ce démenti académique. Il se vengea en ne reparaissant plus pendant dix ans dans la Compagnie.

Il espérait alors arriver à l'Académie des sciences, après en avoir obtenu le grand prix pour ses travaux orthopédiques et en coupant tous les tendons, aussi bien de l'œil et du pied que de la colonne vertébrale dans ses diverses difformités. N'y parvenant pas, il reparut alors à l'Académie de médecine pour satisfaire son impérieux besoin de se mettre en scène et faire valoir ses opinions. Souvent il y fut amè-

rement contredit en face, mais peu à peu ses anciens contradicteurs finirent par disparaître et il se trouva ainsi maître de la place. Les jeunes et les nouveaux élus osaient de moins en moins le contredire, et si Depaul, Bouvier et Blot tinrent tête parfois à ses affirmations téméraires et toujours personnelles, on finit par ne plus lui répondre au sujet de ses vieilles doctrines unicistes du choléra et de tant d'autres épidémies. On le laissait invoquer sa diarrhée prémonitoire et ses formes ébauchées des maladies, sans y contredire. Il croyait avoir tout appris et être possesseur de la science infuse, sans vouloir tenir compte des nouvelles acquisitions ni du progrès. En s'élevant avec entêtement contre les doctrines de M. Pasteur, qu'il connaissait seulement par leurs résultats, il trouva un jour ce redoutable adversaire pour lui rappeler tous ses échecs passés. Pour réponse, il le provoqua en duel. Tels étaient ses procédés de discussion quand on n'était pas de son avis. Que de papier timbré n'envoya-t-il pas à ses collègues de la presse pour les forcer à enregistrer ses propres louanges !

Tel fut J. Guérin, et c'est pour ne pas l'avoir connu plus jeune que la presse jeta tant de fleurs sur sa tombe. On a loué surtout sa vaillance d'octogénaire et ses opinions inébranlables, sans voir qu'elles consistaient essentiellement à contester aux autres ce qu'il rapportait à lui-même. Il était envieux et jaloux et n'eut jamais d'amis sincères louant et aimant sa personne. Il eut de grands ennemis, au contraire. Son ambition insatiable et son amour de lui-même firent autant de tort à son esprit riche et fécond, généralisateur à l'excès, qu'à sa personne dont la loyauté scientifique eut beaucoup plus augmenté le mérite et la valeur.

Legrand du Saulle, *Henri*, devenu très célèbre comme aliéniste, est mort subitement du diabète, le 6 mai, à cinquante-six ans ! Médecin de la Salpêtrière et de l'infirmerie spéciale de la Préfecture de police où il avait succédé à Lasègue, il puisa dans ses fonctions une grande expérience qui lui permit de publier de nombreux mémoires et ouvrages sur ce sujet spécial. La faconde de son esprit en rendit plusieurs célèbres, comme les *Hystériques*, le *Traité de médecine légale*, l'*Étude sur les testaments contestés*, couronnée par l'Institut en 1879. Médecin et avocat, il traitait tous ces

sujets avec une assurance, une ampleur et une autorité qui, rehaussées de sa prestance et de sa voix grave, en imposaient aux magistrats et aux jurés. A tous ces titres, il acquit une grande célébrité et devint ainsi fondateur de la Société de médecine légale, président de la Société médico-psychologique et officier de la Légion d'honneur. Comme médecin légiste, il laisse des travaux qui lui survivront, et son legs de 10,000 francs à l'Association générale des médecins de France, pour la Caisse des pensions de retraite, rendra son souvenir impérissable.

Mialhe, *Louis*, le pharmacien célèbre qui a tenu le sceptre de la pharmacie à Paris pendant de longues années, fut reçu docteur en médecine en 1836 et agrégé à la Faculté de médecine en 1839. Il ne se distinguait donc pas seulement comme pharmacien, par ses travaux spéciaux en chimie et pharmacologie. Ses ouvrages sur la *Physiologie de la digestion*, des *Matières amyloïdes et sucrées*, des *Albuminoïdes* et de leur rôle dans l'économie, montrent un penseur ayant devancé son époque sur ces phénomènes importants. Aussi furent-ils très remarqués et contribuèrent ainsi à sa réputation. Il fut élu membre de l'Académie de médecine en 1867 pour ses nombreux et divers travaux, et la place importante qu'il a tenue dans la science, en lui permettant d'acquérir une fortune considérable, doit faire considérer sa mort, à quatre-vingts ans, comme une perte regrettable.

Moxon, *Walther*, le médecin distingué de l'hôpital Guy, aussi éloquent professeur que brillant écrivain, est mort subitement le 21 juillet à cinquante ans! Après avoir été un élève remarquable dans ses études, il fut un démonstrateur instruit et précis, et devint ainsi un professeur éloquent, attrayant surtout par sa clarté et son originalité. L'anatomie comparée l'occupa longtemps, puis ce fut la pathologie analytique où il brilla parmi tous ses contemporains. Les regrets de ses élèves se confondent avec ceux de ses collègues, démontrés par le concert d'éloges et de louanges unanimes que sa mort a provoqués. Pourquoi mourir si jeune quand on est tant aimé! Heureusement les œuvres d'un esprit si fin et pénétrant restent, comme les

traits de sa figure vivante pour tous ceux qui l'ont connu et admiré. De tous les médecins de sa génération, c'est la plus grande perte que le corps médical anglais fasse par l'avenir qu'il avait encore devant lui.

Triboulet, médecin de l'hôpital Trousseau, a succombé subitement à soixante-deux ans, après vingt-six ans passés dans les hôpitaux, sans jamais avoir interrompu son service. Clinicien distingué, il mettait tous ses soins à l'étude de ses malades et ne consacrait aux doctrines modernes qu'à défaut des anciennes. Il était si modeste que sa renommée ne s'étendit guère au delà de ses amis et de ses clients, mais son nom restera pour eux comme l'un des meilleurs et des plus regrettés. Son confrère et son ami, le docteur Peyron, directeur de l'Assistance publique, a rendu hommage à sa mémoire en cette dernière qualité.

Watson, *le docteur Eben*, chirurgien éminent de Glasgow, a aussi terminé sa carrière à la fin de l'année. Venu à Paris vers 1845 pour se perfectionner, il s'attacha ensuite à Fergusson, dont il devint l'ami. De retour dans son pays, il est adjoint à l'infirmerie royale, puis à la Faculté comme examinateur et président ensuite. Son diagnostic sûr et rapide le rendait un des plus brillants opérateurs à l'amphithéâtre par sa sûreté de main et sa dextérité. Toujours calme et de sang-froid, il était constamment préparé à tout événement. Quoique conservateur, il n'hésitait pas devant les opérations les plus graves et étendues. Une fois le patient chloroformé, il passait sa main dans ses cheveux et opérait avec une rapidité de ressources égale à Syme. Tel est son éloge.

A cette liste viennent s'adjoindre :

Auspitz, l'éminent dermatologiste viennois et l'un des syphiliographes allemands les plus distingués, fondateur des *Archives de dermatologie et de syphiliographie.*

Bach, *Marie-Joseph-Auguste*, ancien professeur de pathologie externe à Strasbourg et à Nancy, a succombé le 3 novembre à soixante-dix-sept ans, dans sa retraite d'Alsace. Il jouissait d'une grande notoriété dans le Haut-Rhin, où

il était né, en pratiquant plusieurs opérations graves avec succès : l'opération césarienne et la thyroïdectomie.

Baldwin, l'ancien président de l'Association médicale américaine, mort à Montgomery le 30 mai.

Bertani, *Agostino*, le chef de l'état-major de Garibaldi et le chirurgien en chef de ses mille braves, qui sacrifia à la révolution pour l'unité italienne des facultés chirurgicales de premier ordre, est mort à Rome le 30 avril, tenant une modeste place à la Chambre des députés.

Bochefontaine, chef du laboratoire de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu de Paris, physiologiste distingué, et qui ne craignit pas, l'année dernière, d'avaler le microbe du choléra, est mort presque subitement, à quarante-cinq ans, peut-être par le fait de ses travaux. Il était l'adversaire prononcé de la doctrine pastorienne.

Boinet, chirurgien distingué qui le premier mit l'emploi de l'iode à l'ordre du jour, et que son *Traité d'iodothérapie* rappellera au souvenir de tous, a succombé, après avoir été aussi l'un des initiateurs de l'ovariotomie.

Bourdin (de Choisy-le-Roi), désigné ainsi parce qu'il l'habita toute sa vie, en se mêlant activement aux travaux des Sociétés savantes de Paris et en y lisant plusieurs mémoires sur la médecine publique, est mort dans sa soixante et onzième année. Il jouissait d'une sympathique estime de tous ses confrères et d'une grande notoriété à Paris aussi bien que dans sa localité.

Briau, *René*, bibliothécaire de l'Académie de médecine depuis 1855, helléniste distingué et connu par ses travaux sur la médecine des anciens.

Burckhardt-Merian, *Albert*, le célèbre otologiste suisse, rédacteur du *Correspondenz-blatt* et professeur d'otologie à l'Université de Bâle, a succombé dans cette ville, le 22 novembre, à quarante-quatre ans, en léguant 2,000 francs à l'Association des médecins suisses.

Candellé, *Henri*, ancien interne des hôpitaux de Paris et médecin aux eaux de Cauterets, mort à quarante-deux ans!

Caussé, *d'Albi*, ancien professeur à l'Ecole de Toulouse et dont le nom retentissait depuis plus d'un demi-siècle dans les annales de la science, est décédé le 15 juin dans sa quatre-vingt-troisième année.

Clerc, le célèbre syphiliographe, médecin en chef du dispensaire de salubrité de la ville de Paris.

Cobbold, *Spencer*, l'éminent helminthologiste anglais, mort à cinquante-huit ans, le 20 mars, dans un accès d'angine de poitrine dont il souffrait depuis quelque temps.

Denis-Dumont, le chirurgien distingué de la Normandie, professeur à l'École de médecine de Caen et chirurgien en chef de l'hôpital, décédé dans toute la force de son talent.

Estor, le professeur aimé et estimé d'anatomie pathologique à la Faculté de Montpellier, a succombé inopinément d'une affection hépatique à cinquante-six ans.

Fauvel, *Henri*, le fils aîné du célèbre hygiéniste, qui semblait devoir lui succéder pour l'honneur de son nom, est mort accidentellement en faisant des recherches sur un bateau. Cette fin est d'autant plus cruelle qu'il était le seul soutien de sa mère restée sans fortune.

Féris, jeune professeur à l'École de médecine navale, mort le 22 janvier à trente-sept ans!

Forget, *Amédée*, mort le 11 avril à soixante-quatorze ans, en léguant ses modestes économies de 25 000 francs environ à l'Association générale des médecins de France. Ancien prosecteur de Lisfranc et auteur d'un mémoire important sur les exostoses de l'oreille, il fut élu membre de la Société de chirurgie et officier de la Légion d'honneur.

Fournié, *Edouard*, médecin de l'Institut national des sourds-muets, est décédé le 24 mars à soixante ans à peine. Il aborda différentes spécialités sans se fixer dans aucune, en se croyant apte à tout. Doué d'une grande facilité d'élocution, il publia différents ouvrages sur la laryngologie et

la physiologie, et termina sa carrière comme rédacteur en chef et propriétaire de la *Revue médicale française et étrangère*, fondée par Cayol, continuée par Sales Girons et qui disparaît avec lui.

Frœbel, *Wilhelm*, l'ophtalmologiste russe qui exécuta le premier l'iridectomie contre le glaucôme à S. Pétersbourg en 1857, a cessé de vivre. Nommé inspecteur des asiles en 1864, il établit la première institution pour la vaccine en 1868. Il fut un bienfaiteur de son pays.

Gillebert-Dhercourt, *Louis-Antoine*, praticien des plus estimés et sympathiques de Paris, s'est éteint dans sa soixante-dix-huitième année, occupant le fauteuil de la présidence de la Société de médecine de Paris. Livré spécialement à la pratique de l'hydrothérapie, il s'était retiré à Enghien, où il occupait les loisirs de sa verte vieillesse dans l'établissement spécial des eaux. Il laisse un fils pour continuer sa tradition et le remplacer près de tous ses amis.

Grellois, ancien médecin principal de l'armée qui, à ce titre, fut médecin en chef à Metz pendant le siège de 1870 et après la capitulation, est mort le 9 décembre à un âge avancé, avec la distinction de commandeur de la Légion d'honneur.

Gudden, aliéniste bavarois distingué, attaché au roi Louis II en raison même de ses études spéciales, en a été la victime lorsqu'en se promenant avec lui sur un lac, il y fut entraîné malgré lui. C'était certainement une grave imprudence, qui causa la mort du roi et la sienne le 14 juin. Il avait soixante-deux ans. C'est une grande perte pour la science et surtout sa nombreuse famille.

Ingels, *Benjamin-Constant*, aliéniste belge distingué, médecin en chef de l'hospice Guislain de Gand, mort à cinquante-six ans d'une piqûre anatomique.

Josse, le professeur bien connu de l'École d'Amiens.

Kennedy, *Evory*, le célèbre accoucheur irlandais, master de la Maternité de Dublin, ancien président du Collège

des médecins d'Irlande, a succombé à la fin d'avril, âgé de soixante-dix-huit ans.

Mac-Cormac, *Henry*, père du chirurgien de l'hôpital Saint-Thomas, mort le 26 mai à Belfast, à l'âge de quatre-vingt-six ans. Il était le doyen de la profession dans cette ville.

Marcacci, professeur et chirurgien de l'Université de Sienne.

Marcowitz, *Alexandre*, professeur de clinique et de dermatologie à la Faculté de médecine de Bucharest, ancien interne des hôpitaux de Paris. .

Margary, *Fedele*, chirurgien en chef de l'hôpital majeur de Turin, membre de l'Académie de médecine de cette ville, chirurgien orthopédiste distingué, a été enlevé à la science à quarante-neuf ans!

Mason, *Francis*, chirurgien anglais du plus grand avenir par son habileté dans les opérations délicates de la face et de la bouche, est mort presque subitement d'un érysipèle du larynx. Malgré le concours et les efforts empressés de ses confrères, des scarifications et la trachéotomie, il a succombé le 5 juin à quarante-neuf ans!

Paganucci, *Luigi*, le célèbre anatomiste florentin, est mort le 13 mai à soixante-dix-huit ans. C'est une grande perte pour la science italienne, malgré les nombreuses œuvres anatomiques qu'il laisse.

Pretenderis Typaldos, médecin du roi de Grèce et professeur de clinique médicale de l'Université d'Athènes, a terminé sa carrière. Il était ancien interne des hôpitaux de Paris.

Sokolski, *Grigori*, le premier professeur de psychiatrie en Russie, est mort à Moscou dans sa quatre-vingtième année.

Streatfield, *Fremlyn*, l'oculiste réputé de l'hôpital ophtalmique de Londres, professeur de clinique ophtalmologique et chirurgien oculiste au collège de l'Université, mort d'une pneumonie le 18 mars.

Thaon (de Nice), bien connu par ses belles recherches sur la tuberculose, comme ancien interne des hôpitaux de Paris, a succombé, jeune encore, à la maladie qu'il avait si bien étudiée. Son nom survivra en y restant attaché.

Thorens, *Henri*, ancien élève de Strasbourg, interne des hôpitaux de Paris, mort d'une encéphalite aiguë à quarante et un ans, alors qu'il dirigeait avec tant de cœur, de dévouement et d'activité toutes les œuvres des exilés d'Alsace-Lorraine et servait leurs intérêts!

Wakley, *James-Goodchild*, rédacteur en chef depuis vingt-cinq ans du journal médical le plus répandu : *The Lancet*, a succombé le 30 août à un cancer de la langue, à l'âge de soixante et un ans. Il était le plus jeune fils du fondateur de ce journal; mais à lui surtout en revient le principal mérite et la valeur par la direction imprimée à la rédaction.

Weiss, *Jules*, le président estimé de la Société de médecine de Nancy, où son nom se perpétue par les succès de son fils.

White Cooper, oculiste anglais distingué et chirurgien de la Reine et de *Saint-Mary's hospital*, en cette qualité, a succombé le 1er juin à soixante-dix ans, alors que son auguste cliente allait lui conférer la haute distinction de chevalier.

Zuber, médecin principal de l'armée, directeur de l'hôpital militaire d'Haï-Phong, est mort au commencement d'août d'une fièvre algide, à trente-neuf ans! Le zèle et le dévouement apportés au corps d'occupation du Tonkin et de l'Annam venaient d'être récompensés par la promotion de son nouveau grade et la croix d'officier de la Légion d'honneur. Sa perte sera vivement ressentie dans le Corps de santé, dont il était un des représentants distingués.

NÉPHRECTOMIE et **NÉPHROTOMIE**. Afin d'éclairer l'emploi de ces deux nouvelles opérations distinctes et souvent connexes, le deuxième Congrès français de chirurgie les a mises en tête de son ordre du jour. Il les a placées dans l'ordre opposé à l'alphabet, car la seconde doit toujours

précéder la première en pratique, comme étant l'exploration du mal avec l'aiguille, le cautère ou le bistouri, tandis que le couteau est seul employé pour l'autre.

Le diagnostic établi préalablement décide de l'emploi de l'une ou l'autre ; mais étant le plus souvent impossible, la néphrotomie, comme moins grave, doit avoir la priorité par son rôle de moyen palliatif ou curatif. Un symptôme a été mis en relief pour rendre ce diagnostic précoce et précis : c'est la cystalgie signalée par MM. Bouilly, Demons et Schwartz comme signe d'une affection rénale. La palpation du rein à travers la paroi abdominale, rendue souple et maniable par l'anesthésie, proposée par Simon (de Heidelberg), est employée par M. Le Dentu. Cette exploration a déterminé l'évacuation du rein, sous la main de M. Reliquet. Mais la lésion constatée, il reste à en fixer la nature et, en excisant le rein d'emblée, il y a toujours danger que le second manque, remplisse mal ses fonctions ou ne devienne malade ensuite. Ces considérations sont en faveur de l'avis de quelques chirurgiens anglais, admettant qu'il n'y a pas ou très peu de néphrectomies sans néphrotomie préalable.

Sur 39 opérations accusées au Congrès, on distingue :

	Néphrectomies	Néphrotomies	Guérisons.
Le Dentu	3	»	3
J. Lucas-Championnière	3	1	2
Bouilly	2	2	4
Reliquet	»	3	3
Demons	2	1	2
Malherbe	1	»	1
Schwartz	»	1	1
Ollier	4	»	»
Jeannel	1	»	»
Péan	7	»	6
Bœckel	2	»	2
Doyen	1	»	1
Second	2	»	2
Trélat	3	»	1

La néphrotomie, qui devrait précéder la néphrectomie dans tous les cas de diagnostic douteux, est donc la plus rarement faite. Sur les 327 opérations signalées dans la thèse récente de Brodeur, il n'y a également que 81 néphrotomies contre 235 néphrectomies, ce qui semble le contraire

de ce qui devrait être. Il est vrai que souvent elle est faite pour la néphrectomie même. M. Ollier l'érige ainsi en principe par l'incision de la capsule fibreuse pour faciliter la décortication du rein à exciser. L'atmosphère celluleuse était tellement épaissie et résistante dans son premier cas pour extirper le rein, qu'il fendit cette capsule et put aussitôt l'énucléer facilement. Il l'a ainsi pratiquée dans ses quatre néphrectomies. Dans tous les cas chroniques, il n'hésite plus et fait d'emblée l'incision de la capsule et ensuite l'ablation rénale sous-capsulaire. C'est une opération simple, facile, applicable surtout aux grosses tumeurs suppurées, mettant à l'abri de l'hémorrhagie et évitant les péritonites septiques. Pour se faire du jour, à cet effet, il ne craint pas de réséquer une ou deux fausses côtes, la 12e, si elle ne manque pas, et même la 11e, contrairement à M. Le Dentu, qui regarde cette résection comme néfaste.

M. Reliquet est du même avis et a fait trois incisions du rein dans un cas de cancer, dont les douleurs ont été calmées ainsi, dans un abcès et dans une suppuration rénale traumatique. Des coliques néphrétiques excessives étaient le principal symptôme avec l'anurie, et il a suffi de ce simple débridement pour calmer les accidents. L'urine a reparu et l'état général s'est amélioré.

D'après cette pratique, la néphrotomie précéderait donc la néphrectomie dans la très grande majorité des cas. Cette pratique prudente a pour elle tous les cas obscurs. Une néphrotomisée de M. J. Lucas-Championnière n'avait qu'un rein et, en lui enlevant, la mort immédiate en eût été le résultat, comme nous en avons cité plusieurs cas en Amérique. L'urémie a même enlevé rapidement son autre opéré dont l'autre rein était misérable. Cette absence d'un rein ou son insuffisance fonctionnelle doivent suffire à ne pas enlever cet organe, tant que l'état de l'autre n'est pas constaté. A moins de rencontrer, comme M. Second, une malade maigre rendant cette constatation possible, elle n'est certaine qu'en ouvrant le ventre pour la néphrotomie.

Quoi qu'il en soit, il est évident que la chirurgie française occupe un rang important et relativement heureux dans ces opérations rénales, puisque les guérisons immédiates sont de plus des deux tiers, sans compter celles de M. Ollier. Il est vrai que bien des récidives ont suivi de près

sur l'autre rein et emporté les opérés, mais c'est là un fait de la maladie et non de l'opération.

La rareté même des cas où la néphrectomie puisse être résolue d'emblée, comme le traumatisme du rein et les fistules rebelles, montre qu'elle est subordonnée à la néphrotomie ou plutôt que ces deux opérations sont actuellement presque inséparables. Gross l'exclut contre le cancer, le carcinome surtout, et le débridement de M. Reliquet montre que la néphrotomie peut suffire aussi bien que contre les calculs; elle est en effet un arrêt de mort pour l'opéré si le congénère est absent ou insuffisant, de même que si la diathèse entraîne la récidive. Elle est aussi trop radicale pour les reins flottants, même dans les cas les plus graves, et si elle a donné quelques succès, notamment celui de M. Polaillon cette année, la néphrorrhaphie de Hahn, plus conservatrice, semble devoir être adoptée par tous les chirurgiens prudents. Il n'est pas jusqu'à la tuberculose rénale au début, en paraissant exclusivement tributaire, qui n'ait guéri par l'incision et le grattage du foyer caséeux dus à M. Bouilly. C'est dire que la néphrotomie doit être le premier but et l'excision de l'organe lorsqu'elle est insuffisante et ne peut amener la guérison.

Entre les trois méthodes usitées : la transpéritonéale et parapéritonéale de M. Trélat, la méthode lombaire paraît devoir être la plus fréquente en s'appliquant surtout à la néphrotomie. Les grosses tumeurs saillantes éloignées du flanc, nécessitant une large ouverture, sont surtout justiciables de la première. La laparotomie a été pratiquée largement contre des tumeurs qui semblaient étrangères au rein et a servi utilement à l'exciser. Dans tous les autres cas, la parapéritonéale ou la lombaire sont préférables en ménageant le péritoine. Elles doivent donc être le procédé de choix. Le professeur d'Antona (de Naples) donne la préférence à la voie lombaire, d'après la statistique et les deux résultats personnels qu'il en a obtenus. Sur 111 néphrectomies lombaires, la mortalité a été de 39,93 p. 100, alors que 120 cas de la méthode abdominale ont donné jusqu'à 50,83 p. 100. L'obligation d'y recourir peut donc seule exclure l'autre. (*Gazz. degli ospit.*, 22 juillet.)

Cette incision lombaire est de rigueur dans toutes les lésions inflammatoires du rein avec le thermocautère ou le

bistouri. Elle peut être dirigée en T ou en L, afin d'obtenir une ouverture de 25 à 30 et même 34 centimètres pour manœuvrer plus librement. La 12e et la 11e côte ont été exceptionnellement réséquées pour donner plus de jour. En fendant largement la capsule fibreuse pour isoler le rein, en cas de besoin, on prévient les déchirures vasculaires résultant de la décortication et les hémorrhagies consécutives. Si elles apparaissent, recourir à la forcipressure, mais en prenant bien garde d'engager l'intestin entre les mors; erreur fatale à l'une des opérées de M. Trélat. (*Revue mens. de chir.*, novembre.)

Quant aux détails de la technique opératoire, on consultera utilement l'excellent mémoire de M. Le Dentu, très clair et précis à ce sujet. (*Idem*, janvier et février.)

NERFS. *Raclage.* M. Delorme l'a pratiqué dans deux cas sans aucun trouble consécutif. Le radial et le sciatique, compris dans des foyers tuberculeux, ont été raclés dans toute la longueur du bras et de la cuisse. (*Soc. de chir.*, février.)

Suture à distance. Fondé sur l'élasticité expérimentale des nerfs comme des artères, M. Assaky pratique cette suture en rapprochant les extrémités d'un nerf avec perte de substance trop grande pour en obtenir le contact. Mettant son élasticité en jeu, sans traction exagérée, il en maintient le rapprochement par trois ou quatre anses de catgut traversant chacune de ses extrémités. Ce catgut sert de conducteur aux fibres nerveuses nées du bout supérieur et hâte ainsi la régénération du nerf dont la cicatrice devient plus riche en fibres qu'en abandonnant la guérison aux soins de la nature. Cette cicatrice est d'autant plus volumineuse que les anses de catgut sont multipliées. (*De la suture des nerfs à distance*, Paris.)

En forçant des filets nerveux à suivre une voie anormale pour leur suture, l'auteur en a obtenu de même une réunion parfaite. Confirmation des expériences de Vanlair prouvant qu'un filet nerveux prolifère toujours, quelle que soit la direction imposée artificiellement. (*Soc. de biol.*, 7 août, et *Archiv. de méd.*, novembre.)

Suture tubulaire. Une matière organisable est indispensable à cet effet. Les drains d'osséine employés par M. Vanlair se détruisant trop vite, il eût pu essayer le catgut et l'éponge susceptibles d'organisation. Mais tous ces tuteurs étant caducs, il a pris un tube en caoutchouc gris d'une plus grande résistance. Or, il a constaté, non seulement une greffe définitive de ce drain, mais une organisation complète de ses parois dont il donne la description avec figures à l'appui.

Ce tube de caoutchouc gris vulcanisé, bien aseptisé, avait un diamètre de 4 millimètres et demi et 3 centimètres de long; ses parois avaient un millimètre et demi d'épaisseur. On pourra donc les employer ainsi à l'avenir pour la restauration des nerfs. Les parois de ce tube se métamorphosent en tissu conjonctif, quoique se distinguant des formations conjonctives ordinaires, et se rapprochent de certains cas pathologiques. (*Revue mens. de chir.*, août.)

Valeur thérapeutique de l'élongation de nerfs, par M. F. Lagrange, agrégé de la Faculté de médecine de Bordeaux. Ce mémoire, couronné par la Société de chirurgie de Paris, prix Laborie 1885, est un véritable traité sur ce sujet reposant sur 415 observations épurées. Un vol. de 200 pages, Paris.

Traité élémentaire d'anatomie médicale du système nerveux, par le docteur Ch. Féré. Ouvrage nouveau, exécuté sur les indications du professeur Charcot. C'est l'anatomie topographique des viscères mettant en relief le système nerveux et périphérique dont l'utilité a été mise en évidence depuis longtemps par le savant neurologiste. Il appartenait à l'un de ses plus fidèles et laborieux élèves de réaliser ses idées avec talent et compétence par de nombreuses figures représentant la description.

Nerfs éjaculateurs. La découverte en a été annoncée à la *Société de biologie*, le 19 juillet 1884, par M. Rémy qui les a constatés chez le cochon d'Inde. Un petit ganglion plexiforme comme une tête d'épingle, placé sur la veine cave inférieure au niveau des veines rénales, qui en font ressortir la blancheur, en est l'origine. Il reçoit ses filets radicu-

laires du plexus rénal et des rameaux de la région. Deux branches blanches en émergent, placées dans le mésocôlon, et descendent parallèlement à la colonne vertébrale vers les organes génitaux internes. L'excitation de ces rameaux provoque l'émission du sperme, tandis que celle des racines du ganglion est sans effet. La démonstration en a été faite avec la communication, sans que jamais l'effet ait manqué.

La résection de ces nerfs efférents a amené l'impuissance chez les mâles, et les tubes weberiens, qui se contractaient énergiquement auparavant, avaient quintuplé de volume en sacrifiant l'animal trois mois après. Ils avaient la résistance de kystes distendus, et les canaux déférents, pleins de sperme condensé, formaient une colonne blanchâtre comme une plume d'oie. Il sera donc facile de vérifier cette découverte, couronnée par l'Institut du prix de physiologie en 1885. Ce ganglion étant visible à l'œil, on peut répéter ces expériences et même en faire la recherche sur l'homme. (*Journ. de l'anat. et la physiol.*, nº 2.)

Nerfs sensitifs de la peau. De ses recherches, le docteur A. Goldscheider conclut que la peau ne perçoit pas les variations de température dans toutes ses parties. Quelques-unes peuvent seules reconnaître la sensation du froid ; d'autres de la chaleur, sans coïncider jamais. Il a pu ainsi, en stimulant les troncs nerveux, provoquer des sensations excentriques de chaleur et de froid, dans des parties insensibles au pincement et à d'autres piqûres. Il admet dès lors l'existence des nerfs spécifiques de la température. (*Archiv. de Dubois-Reymond.*)

NÉVRALGIES. La *solanine*, découverte en 1821, est l'alcaloïde qui se rencontre dans la plupart des solanées, même la pomme de terre, dans des proportions différentes. Son action toxique est analogue à l'atropine dont elle se rapproche le plus, mais sans être aussi dangereuse. Elle est plus facile à manier et devient aussi un calmant très efficace contre l'élément douleur.

Après des expériences sur les animaux, le docteur A. Geneuil l'a employée en thérapeutique sous forme de pilules, notamment dans les névralgies. Deux sciatiques datant l'une de dix, l'autre de vingt ans, et récidivant à intervalles

irréguliers, ont cessé en deux jours avec 15 à 20 centigrammes de solanine par jour. 30 centigrammes n'ayant fait aucun effet chez un robuste campagnard, un vésicatoire fut appliqué *loco dolenti*, en saupoudrant le derme dénudé de 5 centigrammes matin et soir. Guérison après trois jours. Aucun soulagement n'ayant lieu chez un jeune homme avec 40 centigrammes, malgré des vertiges, les sifflements d'oreilles et la diarrhée en résultant, une injection hypodermique avec cinq centigrammes de chlorhydrate de solanine amena un soulagement immédiat. Telles sont les trois formes d'administration de ce médicament.

Des névralgies rhumatismales ont disparu de même avec des injections de 3 à 5 centigrammes deux à trois fois par jour, ou l'usage de 20 à 40 centigrammes en pilules. Quatre cas de névralgies intercostales en ont aussi été combattus efficacement.

Deux névralgies de la face et un tic douloureux datant de quatre ans ont aussi disparu rapidement; la névrite, la dermalgie, le prurigo et le prurit en ont été de même combattus efficacement avec 10 centigrammes amenant le sommeil. Par son influence anesthésique sur les terminaisons nerveuses, elle est surtout un précieux sédatif dans les affections nerveuses, comme les hyperesthésies et les contractures hystériques. Les gastralgies et toutes les souffrances de l'estomac, même cancéreuses, sont calmées avec une pilule de 2 à 3 centigrammes ou une injection de 2 à 5. L'asthme essentiel et même cardiaque en est aussi amendé, comme les douleurs du rhumatisme et de la goutte.

On pourra donc en tenter l'emploi contre la coqueluche et la plupart des névroses, les entéralgies, les coliques néphrétiques et hépatiques, les crampes et toutes les affections réclamant les antispasmodiques et les analgésiants. A défaut de cet alcaloïde ou ses sels, l'extrait alcoolique de douce-amère peut les remplacer à la dose de 1 à 3 grammes contre le prurit notamment.

Même à forte dose, la solanine est sans danger, car elle ne s'accumule pas dans l'économie. Un à cinq centigrammes de chlorhydrate dans l'eau distillée, deux à quatre fois par jour en injections hypodermiques, sont sans douleur et ne provoquent pas de phlegmon, comme la solanine dans l'eau. (*Bull. de thérap.*, page 263.)

Névralgie oculaire périodique. Une femme de vingt-six ans, observée par MM. Parinaud et Marie, éprouve, depuis l'âge de six à sept ans, des crises de névralgie orbitaire chaque année au printemps, avec paralysie des muscles de l'œil. Elle ressent en s'éveillant un engourdissement dans le cerveau, et une violente douleur se manifeste au-dessus du sourcil gauche uniquement en remuant les yeux. Cette douleur s'exagère et atteint son maximum de neuf à dix heures, se calme ensuite et disparaît vers midi en laissant de la pesanteur de tête. Sommeil satisfaisant; mais les mêmes accidents reparaissent le lendemain, en augmentant graduellement pendant cinq à six jours; ils restent dans le *statu quo* pendant une huitaine, puis diminuent et peuvent ainsi persister deux mois.

Tel est l'accès avec un peu d'embarras gastrique, perte d'appétit, parfois vomissement lors du maximum. A la fin de la crise surviennent la diplopie et la chute de la paupière qui durent deux à trois mois pendant lesquels la malade ne peut sortir sans être accompagnée. Dans l'intervalle de sept à neuf mois, cette femme est en parfaite santé, sans rien ressentir de ces accidents. Ces crises ont diminué d'intensité depuis quelques années et l'on a pu constater, dans l'une d'elles, que la paralysie portait sur la troisième paire gauche et en intéressait toutes les branches.

Plusieurs cas analogues ont été recueillis dans les auteurs étrangers, tandis qu'il n'en existe pas en France. La seule différence porte sur la périodicité. Dans tous ces faits, l'accès commence par un malaise général avec phénomènes gastriques et douleur suivis, après un temps variable, de paralysies oculaires avec diplopie et strabisme. La tendance aux récidives et la périodicité une ou deux fois par an, tous les trois mois et même tous les mois, ont surtout frappé les observateurs. Les deux sexes y sont également exposés, particulièrement dans l'enfance, un enfant de onze mois étant signalé.

Si cette maladie se rapproche de la migraine, elle en diffère tant par certains caractères qu'elle s'en distingue facilement. Le syndrome des paralysies oculaires ne peut se confondre davantage avec celles qui se manifestent dans les tumeurs de la base du cerveau ni dans l'ataxie locomotrice. Celles-ci sont précédées de céphalalgie légère et

disparaissent en quinze jours à un mois, pendant un an ou deux, pour reparaître ensuite et s'installer définitivement. Les phénomènes tabétiques survenant ensuite les distinguent facilement.

Cette diplopie récidivante s'observe aussi dans la sclérose en plaques, la paralysie générale, la syphilis cérébrale même, mais les conditions en sont toutes différentes de celle-ci. Elle est en particulier combattue efficacement par le sulfate de quinine. (*Ann. de neurologie.*)

NÉVRITES. Leur décentralisation croissante menace de tout envahir. Au lieu de rapporter la plupart des phénomènes nerveux : troubles trophiques et sensitifs, paralysies, à des lésions médullaires, une tendance contraire s'accentue en sens inverse. Ils sont attribués à une origine périphérique dans la continuité des nerfs. Dès maintenant, les névrites périphériques ont remplacé les névrites centrales dans une foule d'affections, l'ataxie en particulier, la fièvre typhoïde et toutes les névrites locales. Il ne s'agit même plus d'affections restreintes à un département limité du système nerveux ; il est de ces névrites périphériques assez étendues pour réaliser le type de la paraplégie ou la paralysie des quatre membres, sinon plus généralisée encore. D'où la difficulté de les distinguer avec les paralysies d'origine centrale ou myélitique, quoique le pronostic en soit tout différent : la polynévrite multiple étant toujours moins grave que la myélite.

Névrites multiples. Quatre observations recueillies à la clinique du professeur Masius de l'Université de Liège par le docteur Francotte, assistant, mettent bien en évidence les différentes formes de cette polynévrite. Deux malades étant morts, l'autopsie et l'examen histologique ont montré les différentes altérations des fibres nerveuses, constatées et figurées à leurs degrés variés de dégénérescence, coïncidant parfaitement avec les symptômes cliniques observés, tandis que les centres nerveux moteurs et sensitifs étaient intacts. Un tuberculeux présente ainsi une paralysie ascendante des membres qui rétrocède sous l'influence de l'électrothérapie et l'arsenic ; mort subitement, il offre l'intégrité absolue de la moelle et des racines nerveuses, alors

que les nerfs et les muscles des membres présentent des lésions manifestes. Une paralysie généralisée succède bientôt à des phénomènes brusques d'ataxie chez une femme de quarante-six ans. La mort, arrivée en vingt jours, montre un carcinome du pylore et les lésions nerveuses sont les mêmes que dans le cas précédent. Cette paralysie brusque, ascendante, symétrique, avec flaccidité et atrophie, comparée avec les faits analogues déjà publiés, en montre donc incontestablement l'origine périphérique par les lésions anatomiques.

Elle est confirmée cliniquement par la paralysie atrophique des quatre membres et du tronc, chez un armurier de cinquante ans, alcoolique avéré, développée en un mois et qui rétrocède aussi rapidement pour disparaître bientôt en entier. Développée en huit jours, chez une femme de cinquante-trois ans, et rétrocédant de même pour guérir bientôt, cette paralysie a donc une origine identique évidente.

Des faits aussi typiques, rapprochés de ceux déjà enregistrés, ont permis à l'auteur de tracer l'histoire clinique de ces névrites se développant sous l'action de trois causes principales : refroidissement, intoxication et infection. La première est souvent associée à la fatigue, la débilitation ; l'alcool est l'agent le plus fréquent de la deuxième avec l'arsenic et le plomb ; la troisième est produite par toutes les maladies infectieuses : fièvre récurrente, varioloïde, diphtérite, rhumatisme, syphilis, tuberculose, comme de nombreux exemples en témoignent. Mais la symptomatologie ne varie guère dans ces divers cas, sauf que la marche en est aiguë au point de paraître apoplectiforme, subaiguë et chronique.

Telle est la différence principale dans ces paralysies, ordinairement ascendantes et symétriques, en étant plus ou moins limitées et marquées d'un côté ou de l'autre, mais toujours plus accentuées aux extrémités des membres. La flaccidité et l'atrophie, divers troubles trophiques : œdème, peau sèche, rugeuse, écailleuse, érythémateuse, avec transpiration surtout aux pieds, en sont les caractères; douleurs parfois excessives siégeant aux extrémités de préférence, quoique le tronc, le sacrum et la nuque n'en soient pas exempts, surtout par l'hyperesthésie observée habituelle-

ment. Les nerfs crâniens et les sphincters restent intacts.

Comme la marche, la terminaison est extrêmement variable depuis la mort rapide, par le fait même de la maladie, jusqu'à une guérison prompte avec tous les intermédiaires d'une persistance trompeuse et la chronicité. Certaines formes d'atrophie musculaire progressive semblent en ressortir. D'où la difficulté du diagnostic différentiel avec la paralysie spinale. N'est-il pas admissible que celle-ci peut être consécutive par la nature ascendante de la polynévrite? L'autopsie, dans les cas chroniques, peut seule en décider.

L'électrisation, l'iodure de potassium et l'acide salicylique, dans les formes aiguës, sont les principaux moyens de traitement. (*Revue mens. de méd.*, mai.)

Névrites périphériques dans le tabes. Deux foyers, périphérique et central dans la moelle, le bulbe et la moelle allongée, ont été affirmés par le docteur Pierret dès 1881, en montrant que l'un donnait lieu au tabes sensitif et l'autre au tabes moteur. De nouvelles observations lui ont montré la fréquence des névrites périphériques cutanées chez les tabétiques. Sans être absolument constantes, elles peuvent guérir isolément, alors que les malades sont atteints de sclérose spinale postérieure. Il a constaté nettement une rénovation des tubes nerveux de troncs cutanés chez un malade du docteur Clément. D'où sa supposition que cette lésion des troncs cutanés provient de l'irritation inflammatoire des zones sensitives des centres, celle-ci ayant des rémissions plus ou moins longues. D'où la thérapeutique raisonnée à diriger contre ces névrites périphériques. (*Acad. des sciences.*)

Une autre observation en a été communiquée par le docteur Prévost à la Société médicale de Genève, le 7 juillet, chez un homme de cinquante ans, dont les accidents remontaient à 1864. L'ataxie était surtout prononcée dans les membres supérieurs avec intégrité des organes des sens, incoordination très prononcée des mouvements avec douleurs fulgurantes des membres, absence des réflexes, troubles tropho-névrotiques. Fracture spontanée de l'humérus droit en 1884; mort le 16 février 1885. L'autopsie montra la sclérose des cordons postérieurs, en même temps que les altérations des nerfs du pied.

L'histoire résumée de ces névrites et un index de tous les travaux s'y rapportant sont joints à cette observation, avec une critique de l'interprétation de M. Pierret sur leur production. Rapprochant les diverses opinions émises d'après les faits observés, il en montre toutes les différences et même les contradictions, aussi bien sur la fréquence de ces névrites que sur leur rôle dans le tabes et leur indépendance avec les lésions centrales. L'irritation ne se comprend pas, en effet, si la lésion centrale est indépendante des lésions périphériques. La loi de Waller sur le centre trophique est ainsi infirmée, si, par des exemples de plus en plus nombreux, des nerfs périphériques sont seuls et primitivement altérés. (*Revue méd. de la Suisse romande*, n° 11, 15 novembre.)

O

OPÉRATIONS. La hardiesse croissante des chirurgiens à se livrer aux plus formidables mutilations par l'excision d'organes uniques qui semblaient indispensables à la vie, comme la thyroïde, la rate, la vésicule biliaire, l'utérus et ses annexes, paraît devoir amener à bref délai une réaction contraire, d'après la découverte de leurs suites funestes. Sur plusieurs déjà, un temps d'arrêt se manifeste et c'est en étudiant leurs conséquences et en les rendant publiques que l'avenir montrera, par les suites en résultant, qu'on ne rend guère service à ceux que l'on mutile ainsi. Voy. Kystes mucoïdes, Thyroïdectomie.

Rétention d'urine traumatique. Cet accident est signalé par le professeur A. Boursier comme s'étant produit après une fracture de cuisse, une fistule anale, l'excision d'un kyste du poignet et une fracture de jambe. La pathogénie en est encore obscure, malgré les cas assez nombreux déjà observés. L'absence de tout antécédent pathologique du côté des voies urinaires n'en rend surtout pas compte. Elle apparaît alors subitement sans douleurs et, en sondant régulièrement le malade, la rétention disparaît en quelques jours.

C'est le contraire dans le deuxième type clinique, quand

l'urèthre ou la vessie ont déjà une tare pathologique ou que l'hypertrophie prostatique surtout crée un passé urinaire. La rétention s'annonce alors par des douleurs d'une intensité variable, mais presque constante. Des épreintes, du ténesme vésical, une pesanteur pénible sur le périnée, la cuisson, la brûlure dans le canal ou les parties voisines se déclarent. Loin de céder au cathétérisme, elle s'éternise ou récidive fréquemment. Au lieu d'apparaître immédiatement, ces accidents se manifestent longtemps après la blessure ou l'opération, soit du 3e au 13e jour. Quand le traumatisme les provoque directement, ils se déclarent du 1er au 3e jour seulement, sans que le cathétérisme guérisse la rétention comme dans le premier cas. L'incontinence peut même y succéder. Il y a des intermittences de mieux et de pire, et un pronostic sérieux doit toujours être porté.

Les opérations se rapprochant des organes urinaires sont les plus dangereuses dans ce cas. Les femmes accouchées y sont particulièrement sujettes, mais le traumatisme le plus éloigné provoque aussi ces rétentions. Une action réflexe du foyer traumatique sur le sphincter vésical, amenant du spasme ou la paralysie, en est regardée comme la cause, d'après l'impressionnabilité toute spéciale du système urinaire chez certains individus. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

Opération césarienne ou de Porro. Une certaine hésitation se manifeste entre ces deux opérations. Un succès de celle-ci a amené M. Lucas-Championnière à discuter leur valeur comparative, d'après les faits connus. Sur 152 cas de l'opération de Porro publiés par M. Godson en 1884 (*British med. journ.*, 26 janvier), il y eut 66 guérisons et 86 morts, soit 56,57 p. 100 de mortalité. Sur 4 cas pratiqués à Paris par l'auteur, il y eut 2 guérisons des opérées avec tous les enfants vivants. L'opération césarienne n'ayant donné aucune guérison dans la capitale depuis un siècle, celle de Porro semblerait donc préférable.

Sa mortalité est pourtant considérable par suite de l'influence des réflexes utérins et ovariens, dont l'intensité indéterminée emporte les opérées. Ne pouvant être prévenus, ces accidents sont les plus redoutables, tandis que l'incision simple de la matrice, faite souvent avec peu de soins dans les campagnes, guérit assez fréquemment sans aucune

suite fâcheuse; ses deux opérées guéries en 1879 éprouvèrent au contraire des accidents consécutifs. L'une d'elles, sans utérus ni ovaires, a néanmoins des poussées congestives irrégulières, des hémorrhagies par le rectum qui sont de véritables règles. Ces accidents, heureusement disparus, ont été remplacés par du nervosisme et du vaginisme.

Il y a en outre des cas assez nombreux d'éventration manifeste. Les troubles nerveux et le vaginisme notamment ont été notés quatre fois. L'absence de désirs sexuels et de sensations est un autre inconvénient. 7 femmes ont affirmé que leur santé générale est devenue mauvaise à la suite; 8 fois il y a eu engraissement notable. Et quand on sait que dans 12 cas l'opération césarienne a pu être répétée de deux à cinq fois sur la même femme, cela montre qu'elles étaient à l'abri de tels accidents. 19 ont été suivies et ont confirmé une santé parfaite. D'où la conclusion que celle-ci est préférable à celle-là. (*Résultats cliniques éloignés des opérations césarienne et de Porro*, thèse inaugurale, par le docteur Abel Daucourt.)

Des modifications opératoires sont donc à introduire dans l'opération de Porro pour la rendre moins mortelle. Telle est la division du pédicule en plusieurs faisceaux. Autrement, le choix est toujours embarrassant.

Quiconque n'a pas l'habitude des opérations abdominales ne doit pas tenter la résection de l'utérus; son incision est beaucoup plus simple. L'antisepsie étant bien plus facile dans l'opération de Porro, elle peut mieux réussir à la ville. Ici, l'opération césarienne n'est indiquée que si l'utérus est infecté, après un travail long, l'écoulement des eaux depuis longtemps, une hémorrhagie intense, la rupture de l'utérus ou l'existence d'un corps fibreux rendant l'ablation de cet organe souvent impraticable. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, art. 13223.)

Étude critique sur l'opération césarienne, thèse inaugurale par le docteur Boudon, Paris. A l'exemple des gynécologistes allemands, des arguments sont invoqués contre l'opération de Porro en faveur de celle-ci par l'emploi de la suture utérine et des antiseptiques. Les suites funestes de l'opération de Porro le sont aussi contre elle.

OPHTALMOLOGIE. D'après le docteur Couturier, l'ophtalmie phlycténulaire cause le plus d'aveugles dans les Vosges. Sur 17 cas observés, 15 malades avaient eu une iritis séreuse, et, chez les 2 autres, ces deux affections coïncidaient. Dans aucun cas, il n'y avait signe de syphilis héréditaire. D'où la conclusion que c'est à la scrofule qu'il faut rapporter cette affection, et non à la syphilis, comme l'enseignent certains oculistes. (*Association française*, 16 août.)

Nyctalopie. Dans une visite à l'infirmerie spéciale des maladies des yeux et des oreilles à Chicago, Mrs Quinn, en compagnie de son fils, nyctalope, reçut la proposition du docteur Sinclair de le soumettre à un examen avec ses collègues de l'hôpital. Placé dans une chambre obscure, il fut soumis à diverses épreuves, et l'on s'aperçut que les yeux brillaient comme des boules de feu, et, tandis que l'iris ne se distinguait pas au jour, elle prenait immédiatement une extension considérable dans l'obscurité. Une lumière brillante l'aveuglait et il voyait ainsi dans la chambre noire. Il voyait aussi mieux les objets à distance que de près. Un coloboma de l'iris et de la choroïde a été diagnostiqué, avec développement incomplet du pigment et peut-être une hyperesthésie de la rétine. (*Lancet*, 31 juillet.)

Anesthésie oculaire. Après l'instillation dans le cul-de-sac conjonctival de quelques gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne pour l'insensibilisation superficielle, le docteur Gorecki en injecte sous la conjonctive quatre à cinq gouttes, au-dessus de la tache scléroticale du muscle à sectionner. La conjonctive gonfle et pâlit extrêmement; il y a sténose vasculaire très favorable à l'hémostase et l'on peut diviser le muscle sans crainte d'hémorrhagie.

Pour l'énucléation du globe oculaire, il suffit de pousser l'injection à 7 ou 8 millimètres de la cornée, en pénétrant obliquement dans les mailles du tissu sous-conjonctival. Un bourrelet œdémateux exsangue, comme lardacé, peut en résulter, avec une seconde injection du côté opposé. L'opération se fait alors facilement, sans douleur ni hémorrhagie, en instillant de la cocaïne sur la section de chaque muscle. En pénétrant par l'angle interne pour la section du nerf optique, celle-ci est très supportable. La cocaïne agit

comme hémostatique et anesthésique. (*Le Praticien*, décembre 1885.) Voy. SYPHILIS.

Ophtalmotomie postérieure. La perte de l'œil étant à peu près constante dans les épanchements sanguins, l'énucléation était seule appliquée aux corps étrangers de la rétine et du vitreum, comme au mélanosarcome de la rétine. Or, le segment postérieur de l'œil est parfaitement accessible aux opérations, selon M. Galezowski. 14 fois, il a pratiqué cette ophtalmotomie en un point variable, suivant les cas, et il n'a eu que 2 insuccès. La plaie est suturée au catgut. On sait d'ailleurs qu'Hippocrate parle de la sclérotomie postérieure qui rend de grands services dans le glaucome, selon M. Vacher. (*Congrès français de chir.*, octobre.)

Ophtalmie sympathique. On la confond avec la simple irritation sympathique quand elle se montre tardivement. M. Fano la nie ainsi dans un cas observé par le docteur Rolland, où elle s'est développée cinq ans et demi après la blessure de l'œil droit. L'énucléation ayant été pratiquée, la kératite de l'œil gauche était guérie dix jours plus tard sans autre traitement. Autant de conditions, d'après lui, infirmant la réalité de cette ophtalmie sympathique. (*Journ. d'oculistique*, n° 165.)

Traitement chirurgical. L'énucléation, regardée depuis quarante-cinq ans comme le meilleur moyen curatif, se discrédite de plus en plus par les accidents qui s'ensuivent. La méningite, qui est presque un arrêt de mort, est observée très fréquemment. Aux dix cas cités par A. Graefe en 1884, M. Dor en a porté la liste à 28, au dernier Congrès français d'ophtalmologie. En voici une nouvelle observation.

Un garçon de trente ans, entré à l'hôpital de Moorfields en juillet 1885, fut opéré sans succès d'une luxation du cristallin dans la chambre antérieure. Une violente et rapide inflammation suppurative s'ensuivit et l'on procéda immédiatement à l'excision. La température s'éleva dans les quarante-huit heures et la mort survint le troisième jour. Une méningite purulente fut rencontrée à la base entre le cerveau et le cervelet, sans aucun tubercule.

C'est le 30e cas semblable observé par M. Nettleship, dont 26 furent mortels, 18 ayant été confirmés par l'autopsie comme ce dernier, sans aucune blessure ni maladie des parois de l'orbite. Quatre opérés se sont rétablis après une grave et longue maladie. Les symptômes méningitiques se sont montrés le plus souvent dans les quarante-huit heures, et, dans 4 cas, le microscope a décelé de l'inflammation autour du nerf optique.

A cette communication, 5 cas analogues ont été ajoutés; mais d'autres oculistes témoignent n'avoir jamais vu cet accident suivre l'excision. (*Ophtalmolog. Society*, 28 janvier, et *Lancet*, 6 février.)

La méningite aiguë et purulente ayant suivi en vingt-quatre heures l'extirpation d'un myxosarcome du nerf optique par le professeur Richet, chez une femme de trente-trois ans, doit appeler l'attention sur cette énucléation de l'œil. Il avait été enlevé préalablement, à cause de la tumeur qui le faisait saillir. Elle n'en persista pas moins après l'excision, et, quoique mobile, élastique et peu douloureuse, le chirurgien se décida à l'enlever, croyant qu'elle siégeait dans le tissu cellulaire du fond de l'œil. Des vomissements suivirent immédiatement l'extirpation, et la mort survint dans les vingt-quatre heures. L'autopsie montra l'altération du nerf optique jusqu'au chiasma, avec suppuration manifeste. L'encéphalite fut ainsi regardée comme préexistante à l'opération par le chirurgien. (*Gaz. des hôp.*, nº 145, 1885.)

L'excision d'une tumeur épithéliomateuse, comme un haricot, étant pratiquée sur l'œil gauche d'un homme de quarante-cinq ans, en avril 1884, par le docteur Rohmer, une récidive s'ensuivit huit mois après avec fonte totale de l'œil. Celui-ci est énucléé aussitôt, la paroi orbitaire est grattée et, pendant quatre à cinq jours, tout va bien avec un pansement à l'iodoforme. Mais la fièvre se déclare avec méningite consécutive emportant l'opéré en huit jours.

L'auteur se prononce ainsi contre cette énucléation et invoque les autres opérations moins radicales pour la remplacer. Il rapporte à l'appui un succès d'énervation optico-ciliaire, deux opérations de staphylotomie dont un succès, et trois cas d'exentération du globe avec succès opératoires. Il est vrai que celle-ci n'exempte pas absolument de la méningite. L'énervation paraît donc la plus sûre méthode,

car sur 40 applications pratiquées depuis 1877 par M. Dianoux, même en pleine ophtalmie sympathique, il n'a eu qu'une récidive des douleurs ciliaires. L'œil énervé s'est comporté comme si l'intervention n'avait pas eu lieu. (*Soc. de méd. de Nancy*, 27 janvier, et *Revue méd. de l'Est*, 15 juin.)

Un tétanos fatal a suivi l'extirpation d'un œil atrophié par suite de l'excision d'une tumeur sarcomateuse de l'orbite. C'est le quatrième cas constaté par le docteur Fernandos (de la Havane) de tétanos consécutif à des opérations ophtalmiques. S'il est si rare, il n'en est que plus grave. Jamais les opérations intra-oculaires n'ont été suivies de ce redoutable accident. (*Cronica med. quirurg.*)

Transplantation de la cornée. Un médecin allemand, von Hippel, a réussi à faire une greffe oculaire. Après l'excision d'un leucome, en enlevant feuillet par feuillet l'opacité de la cornée, il détacha celle d'un lapin et la plaça dans la cavité faite sur l'œil humain. L'union se fit sans réaction, ni vascularisation, ni gonflement et, un mois après, l'opéré fut présenté à la Société médicale de Giessen. La transparence normale de la greffe s'était maintenue avec la vision, sans être affaiblie cinq mois après. (*Berl. klin. Woch.*, n° 20.)

Cornée artificielle. Les insuccès obtenus jusqu'au fait précédent avec les greffes ont engagé à recourir à un moyen artificiel, réalisé par le docteur E. Martin. C'est un petit tube en or, très mince, d'un centimètre de long et d'un diamètre de 8 dixièmes de millimètre. Il se termine antérieurement par une plaque très mince, de forme elliptique, ayant un orifice correspondant à celui du tube. Adaptée à une aiguille très acérée, munie d'un arrêt, il s'applique à un pli de la conjonctive, à cinq millimètres du limbe de la cornée. Une section à la base de ce pli sépare la conjonctive de la sclérotique dans une étendue de cinq à six millimètres carrés; puis le lambeau conjonctival est réuni avec un fil.

Il serait superflu d'aller plus loin dans cette description, qui ne paraît avoir eu jusqu'ici aucune application sur l'homme. (*Bull. de thérap.*, 15 janvier.)

ORCHITE. Elle serait déterminée par l'amygdalite, d'après les cas observés sur l'homme par le docteur Joal. Voy. AMYGDALITE.

Badigeonnage au nitrate d'argent. C'est le traitement inauguré par M. F. Lowndes à l'hôpital Lock (de Liverpool) contre l'orchite et l'épididymite blennorrhagiques. En 1869, il était de tradition d'employer à cet effet une solution de 2 drachmes de nitrate d'argent (8 grammes) pour 31 d'eau, en imposant au malade le repos au lit et en élevant l'organe sur un petit coussin. Depuis 1875, que M. Lowndes a pris ce service, 269 cas d'orchite ont été admis jusqu'au 1er juin 1886, soit onze années. Tous ont été traités par ce procédé avec un égal succès. Quelques jours suffisent à la résolution, et un second badigeonnage est rarement nécessaire. Cette pratique mérite d'être connue. (*Lancet*, 24 juillet.)

Anémone pulsatile. Elle est administrée par le docteur Martel, à l'Hôtel-Dieu de Saint-Malo, à la dose quotidienne de 20 gouttes de teinture dans une potion à prendre dans la journée. 8 cas coïncidant avec la blennorrhagie ont été traités ainsi en 1885-1886; dans tous, la douleur a été atténuée en vingt-quatre à quarante-huit heures. La guérison est ordinairement complète en quatre à cinq jours, sans aucun autre moyen. Deux orchites sans blennorrhagie ont été également guéries... de la douleur, car l'engorgement reste gros et dur, mais indolent, et seulement gênant par son poids. Une récidive s'est manifestée dans ces conditions. L'autre testicule n'a jamais été envahi. Une orchite tuberculeuse n'en a été nullement modifiée. Ce serait donc un remède facile et simple, si la préparation est bien faite. La teinture employée était au dixième et la dose peut être élevée graduellement jusqu'à 30 gouttes. Ce remède serait à essayer également contre les névralgies testiculaires. (*Bull. de thérap.*, mars.)

Orchite saturnine. Un peintre en bâtiments accusait des douleurs très vives dans le testicule gauche. Le docteur Favrel, ayant observé des parotidites chez les saturnins, dans le service de M. Siredey, constata avec intérêt cette

congestion du testicule. Le malade présentait un liseré très peu marqué avec arthralgie de l'épaule et du genou droits, sans aucune colique. Il n'a jamais eu de douleurs ni de tuméfaction dans les régions parotidiennes, et est exempt de toute tare héréditaire et personnelle; il n'a eu qu'une blennorrhagie en 1871 avec orchite légère du même testicule. Ce serait donc là une simple manifestation d'un *locus minoris resistentiæ*. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, art. 13168.)

Orchite varioleuse. Signalée comme fréquente, surtout chez les adolescents, par le docteur Chiari (de Prague), elle serait constituée par une infiltration inflammatoire avec foyers de nécrose. Leur délimitation est d'autant plus nette que la variole a duré plus longtemps, au point d'être constatable à la palpation du testicule. Sur 135 cas de variole traités dans son service durant la dernière épidémie, M. P. Guttmann n'en a pas rencontré un seul exemple. (*Congrès des méd. allemands*, septembre.)

Orchite syphilitique. Elle peut être aiguë, comme l'orchite blennorrhagique, et sa nature indolente ne peut plus être considérée comme un caractère distinctif. De nouveaux faits au début inflammatoire et douloureux en sont relatés par le docteur Cassine. Une douleur dans l'aine s'annonce subitement, en s'irradiant vers le périnée et gagnant le testicule, soit par une sensation de pesanteur, soit par une violence excessive qui s'exaspère encore la nuit. A ces caractères, le traitement antisyphilitique doit être institué immédiatement, sans quoi elle se prolonge plusieurs mois et peut altérer l'état général.

La tuméfaction suit une marche analogue à la douleur par la compression en résultant. Soit qu'elle débute par le cordon, l'épididyme ou le testicule, elle arrive à son maximum en deux à trois jours. Variant du volume d'un œuf à celui du poing, la tumeur forme une masse homogène, ovoïde, de consistance ligneuse, à surface irrégulière avec bosselures. Un peu d'épanchement existe parfois. L'orchite double altère les fonctions génésiques. La chronicité s'ensuit à défaut de traitement, et l'orchite scléro-gommeuse, forme de sarcocèle, est dès lors établie. Elle se

termine par résolution, atrophie ou suppuration, selon le traitement institué. Traitée à temps, elle guérit en quelques semaines, sans que la virilité en soit altérée.

Elle se produit surtout pendant la période d'activité sexuelle, dans les syphilis fortes, lorsque le testicule est surmené. De là l'urgence d'un traitement précoce. (*Thèse inaugurale*, Paris.)

OSTÉOSARCOME *consécutif au trauma.* 3 cas en sont relatés par Pearce Gould. Le premier chez une fille de seize ans présentant un gonflement du coude gauche six mois après une lourde chute sur cette partie. Après la difficulté immédiate de la pronation et la supination du membre, le gonflement survint deux mois ensuite et ne cessa d'augmenter. Il intéresse surtout l'extrémité supérieure du radius. Les badigeonnages d'iode et l'iodure de potassium n'empêchent pas l'accroissement de tout le tiers supérieur du radius avec fluctuation environnante, donnant du sang noir à la ponction. Une incision exploratrice montrant cette extrémité complètement détruite, le membre fut amputé au-dessus des condyles, le 16 avril 1885, et l'opérée sortait guérie de l'hôpital le 13 mai suivant. Revue le 17 septembre, elle se portait parfaitement bien.

Une dame de vingt-six ans tombe sur la cuisse gauche et se blesse surtout au-dessus du genou. Six semaines après, une douleur lancinante se manifeste et elle rencontre une grosseur comme une noisette qu'elle signale bientôt au docteur Mason. Malgré l'usage interne et externe de l'iodure de potassium, la tumeur ne cesse d'augmenter, et un gonflement considérable, très dur et mal limité du fémur au-dessus du genou, existait à l'examen de M. Gould. Après une consultation, l'amputation fut décidée et pratiquée le 29 juin 1885. La tumeur avait le volume d'une orange et la partie supérieure, interne et postérieure du tiers inférieur du fémur, en remplissait le canal médullaire dans une étendue de quatre à cinq pouces. Elle contenait quelques kystes sanguins et deux masses osseuses dans le canal médullaire. Le microscope montra un sarcome à cellules fusiformes. Aussi, malgré la section faite au-dessus, un nouveau noyau se montra bientôt avec engorgement

des ganglions qui nécessita une nouvelle opération ne laissant guère d'espoir.

De même dans le troisième cas d'un homme de soixante-dix ans, entré le 29 juillet 1885 pour une tumeur dure du bras droit fracturé au milieu dans une chute, survenue le 29 octobre précédent. La fracture, traitée à l'infirmerie, ne se consolida pas et les ganglions de l'aisselle étant très engorgés avec paralysie des fléchisseurs et des extenseurs, l'amputation fut pratiquée le 30 juillet. Malgré le mauvais état de l'opéré, il parut guérir et quitta l'hôpital le 6 octobre; mais une récidive se montra bientôt après au-dessous de l'apophyse coracoïde.

Rappelant les faits analogues des auteurs anglais, américains et français, l'auteur prouve bien que le trauma peut développer le sarcome des os blessés, mais ne démontre pas que la résection en soit toujours le remède. (*Lancet*, 5 décembre 1885.)

OVARIOTOMIE. Le danger de prolonger l'incision inférieure à l'aveuglette, sur l'index placé comme guide, a été constaté par le professeur J. Reverdin dans cette opération. Trouvant de nombreuses adhérences pariétales à ce kyste multiloculaire, il glissa son doigt entre elles et le kyste et acheva son incision d'un coup de ciseau, malgré la notable résistance éprouvée. Il s'aperçut alors d'une ouverture nette de la vessie à son sommet et à direction verticale, siégeant sur la ligne médiane, moitié antérieure et moitié postérieure, soit environ six centimètres, comprenant la division du péritoine. La suture immédiate répara heureusement cette faute. (Voy. TAILLE.)

Mortalité. Une nouvelle série de 300 ovariotomies complètes et 20 cas d'incision exploratrice est relatée par M. Knowsley Thornton avec le manuel opératoire et le traitement mis en usage. Les précautions antiseptiques ont leur action principale sur la septicémie, car sur une série de 100 opérations consécutives, pratiquées à l'hôpital de la Samaritaine, il n'y a pas une seule mort par septicémie. (*Royal med. and chir. Society*, 26 octobre.)

En s'appliquant à des cas que les premiers ovariotomistes,

comme Spencer Wells et Keith, n'opéraient pas, la mortalité semble augmenter. Dans sa quatrième série de 25 cas, le docteur Terrier accuse 5 morts, soit 20 p. 100, proportion considérable, relativement supérieure à celle signalée en 1884. (*Revue mens. de méd.*, mars).

Oophorectomie. La fréquence de la laparotomie pour l'excision de l'utérus et ses dépendances, à l'hôpital des Femmes de Liverpool, a provoqué une enquête médicale d'après les rapports mêmes des médecins opérateurs. 40 à 50 des opérées ayant été examinées directement, en voici les conclusions.

Les cas soumis à l'ovariotomie l'ont été convenablement, l'opération ayant eu de bons résultats. L'incision exploratrice se justifie. L'oophorrhaphie ou le replacement et la fixation des ovaires herniés est en nombre insuffisant pour permettre une opinion fondée pour ou contre ce procédé. Mais le soulagement obtenu par l'opération n'est pas bien marqué ni positif. Un soin suffisant n'a pas été pris dans le choix des cas pour la castration,et,dans plusieurs exemples, la gravité des symptômes ne justifiait pas la section abdominale. Elle n'est pas à recommander ainsi dans les cas ordinaires d'hématocèle pelvien. Pratiquée pour des myômes hémorrhagiques, elle manque de précision dans la description du volume de ces myômes, de leurs caractères et de l'état de l'utérus après l'incision. Certaines opérées sont signalées comme guéries, lorsqu'elles établissent elles-mêmes qu'elles souffrent encore d'hémorrhagies. Des 92 femmes soumises à cette opération,59 étaient âgées de vingt à trente ans, et 7 n'en avaient que de dix-sept à vingt. Un nombre considérable de ces femmes ont perdu le sentiment sexuel, au point de causer des troubles domestiques dans plusieurs cas. Plusieurs se plaignent d'une perte de l'énergie physique et de l'esprit, de manière à les empêcher de remplir leurs occupations domestiques ou d'autres travaux, comme elles le faisaient auparavant. Des hernies en sont aussi parfois résultées. Si plusieurs en ont bénéficié considérablement et d'une manière permanente, un nombre presque égal n'en a éprouvé aucun bénéfice et, pour quelques-unes même, l'opération a été préjudiciable.

La conséquence de ce rapport sévère est l'obligation pour tout médecin de l'hôpital de ne plus pratiquer ces opérations sans une consultation préalable avec un collègue et en avertissant positivement les femmes de la nature de l'opération et de ses conséquences possibles; plusieurs des opérées examinées ayant nié avoir été suffisamment prévenues des effets de l'opération à laquelle elles allaient être soumises.

Ces mesures ont évidemment pour but d'éclairer la manière inconsidérée dont la castration — *spaying* — est pratiquée et ses résultats. La guérison de l'opération n'est pas celle des malades, puisque la moitié des opérées seulement en ont obtenu un bénéfice complet et persistant. Ce rapport aura pour effet de mettre un terme à l'emploi irréfléchi de cette mutilation et de ne l'employer que dans les cas où elle est réellement indiquée et après mûr examen. (*Lancet*, 18 décembre, page 1184.)

P

PARALYSIES. Les lésions morphologiques du système nerveux, central ou périphérique, ne sont plus absolument indispensables pour les produire. Un trouble quelconque dans l'influx nerveux à la suite d'une chute, de la fatigue, de l'émotion, d'un effort intellectuel, suffit à les déterminer. Ce trouble est plus supposé que démontré, puisqu'elles peuvent résulter d'une simple suggestion, d'un effet psychique, un rien. De là la révolution opérée dans la nosologie par le nombre croissant des formes et des variétés de ces affections. Voici quelques nouveaux faits à l'appui, parmi l'infinité de ceux qui se présentent.

Paralysies hystériques. Depuis qu'elles sont admises par la découverte de l'école de la Salpêtrière, elles deviennent des plus communes et fréquentes; chacun veut en connaître. Le malade de MM. Troisier et Charcot ayant été convaincu de simulation dans plusieurs hôpitaux et par différents chefs de service, on pouvait craindre qu'il ne s'ensuivît un discrédit considérable. Au contraire, le bruit

fait sur ce cas de simulation a été un regain de succès pour la doctrine par les nouvelles observations produites à l'appui.

Tel, ce garçon de dix-neuf ans observé par M. Chauffard. Né d'une mère névropathique, il fait à treize ans une chute sur les mains et aussitôt des douleurs se développent dans tout le membre gauche, depuis les doigts jusqu'à l'épaule, avec impotence complète, contracture et hyperesthésie telle que la piqûre de la face dorsale de l'avant-bras était perçue à la face palmaire.

Après un an de durée, malgré tous les moyens employés, cette paralysie spasmodique et rigide devint flasque à la suite de courants continus et resta telle durant deux ans. Mais elle était si bien supportable que le soi-disant malade écrivait, jouait du piano, et montait à cheval. Il avait alors seize ans, lorsque le membre semi-paralysé ayant été massé par un empirique, la paralysie motrice et sensitive disparaît en 8 jours, et il ne restait que l'amyotrophie persistante comme signe d'une lésion réelle expliquant cette monoplégie brachiale, sinon du défaut d'exercice du membre. Mais la sensation de froid qui y régnait et l'état stationnaire des ongles montrent bien un trouble local de l'innervation. La restauration graduelle des muscles, après la guérison, en est une autre preuve surabondante avec le défaut persistant du développement de la main gauche.

C'est dans cet état de santé parfaite, et après trois ans de durée, que ce garçon de dix-neuf ans se contusionne accidentellement la tête contre une porte et aussitôt de violentes douleurs locales se déclarent, puis des épistaxis profuses et périodiques deux à trois fois par jour à la même heure, restant incoercibles à tous les moyens. Tous ces symptômes hystériformes, confirmés par le professeur Charcot, ont aussi servi à expliquer la monoplégie précédente comme de nature hystérique. (*Soc. méd. des hôpit.*, 14 mai, et *Gaz. hebdom.*, n° 21.)

Un exemple plus surprenant en est relaté par le docteur Féré chez une fille de quatorze ans, réglée depuis deux ans et sans antécédents morbides. Après un retard de six semaines, ayant eu un cauchemar effrayant, elle fut prise de faiblesse croissante des membres inférieurs ayant déterminé une paraplégie spasmodique l'empêchant

de marcher seule. Appuyée sur deux personnes, elle frappe le sol de la pointe du pied, puis avec le talon.

Des troubles psychiques produits par le rêve peuvent déterminer des paralysies psychiques par épuisement nerveux, dit l'auteur, sans suggestion ni inhibition, mais par l'effet du rêve seul, surtout chez les hystériques, comme plusieurs aliénistes l'ont déjà signalé. La guérison eut lieu par les mouvements passifs. (*Soc. de biol.*, 21 novembre.)

Un effort intellectuel, une fatigue musculaire, une simple émotion peuvent produire le même résultat, d'après trois exemples observés par Brown-Sequard. Ces malades avaient trente-sept, quarante-huit et cinquante-quatre ans. Ces paralysies ne peuvent donc être attribuées à l'âge, comme chez le vieillard dont l'effort le plus vigoureux ne peut se soutenir. Chez ces malades cependant, la paralysie est précédée d'un affaiblissement de l'intelligence, de troubles marqués de la vue, de l'ouïe et de la puissance sexuelle. Sans faiblesse notable au dynamomètre, le malade, qui marchait avec aisance, est pris en 4 à 5 minutes d'une telle faiblesse que, couché, il ne peut lever un membre, fermer ni ouvrir la main, et bientôt la paralysie est complète. (*Idem*, 20 mars.)

La *paralysie périodique*, observée sur 4 enfants de la même famille en comptant 8 et tous issus d'une mère ayant présenté toute sa vie les mêmes accidents, est encore moins explicable, bien que déjà constatée. Moins développés que leurs frères et sœurs, non atteints, ces 4 malades, observés par le docteur Cousot, sont âgés : les deux garçons aînés de la famille de trente-six et de trente-quatre ans, et les deux filles de trente-deux et de vingt et un ans. Tous ont été atteints de neuf à quatorze ans et sont pris quotidiennement, le plus souvent la nuit, de paralysie des membres qui les réveille par des douleurs articulaires, des fourmillements des membres et les frappe d'inertie pendant trois à quatre heures. Les deux filles ne sont prises que tous les huit à quinze jours, comme leur mère.

C'est donc là une paralysie familiale et héréditaire peut-être sans précédent. (*Acad. de méd. de Belgique.*)

La *paralysie par suggestion* montre bien que ce sont là

des affections purement psychiques sans substratum anatomique. Le système nerveux est frappé comme d'un courant anesthésique qui le paralyse momentanément. Un hystérique, admis à deux reprises dans le service du docteur Debove, présentait des paralysies considérées à tort de nature syphilitique, d'après ses antécédents. Son insubordination l'ayant fait renvoyer, M. Debove l'endormit avant de sortir et lui suggéra de revenir paraplégique le lendemain. Le soir même, après diverses courses, il éprouva un tel affaiblissement des membres qu'il dut rentrer chez lui en voiture, et, le lendemain, il se fit conduire à l'hôpital de la Charité dans le service de M. Féréol, qui, en le reconnaissant hystérique, diagnostiqua une paraplégie syphilitique. Après un mois de traitement, il quitta le service pour rentrer dans celui de M. Debove, suivant la suggestion. Il fut endormi de nouveau et suggéré d'être guéri cette fois, ce qui s'est parfaitement réalisé. (*Soc. méd. des hôp.*, janvier.)

De là une différence considérable entre cette paralysie suggestionnée, cessant à volonté et sans laisser de traces, et la monoplégie brachiale de M. Chauffard, durant six ans, cessant après un massage prolongé et laissant une main moins développée que l'autre jusque dans les os. Si ce sont également deux formes d'origine hystérique, comment distinguer celle-ci des paralysies radiculaires par les traces qu'elle laisse? Sauf la symétrie des signes, au lieu de l'unicité, il n'y en a pas. M. Chauffard confesse ainsi ne pouvoir expliquer le mécanisme intime de ces troubles ou plutôt ces lésions trophiques dans ces paralysies hystériques « pour montrer une fois de plus qu'aucune règle clinique n'est absolue et immuable ». Tel est le mot de la fin.

Paralysie spinale spastique. Ainsi appelée primitivement par Erb et surnommée ensuite *tabes dorsal spasmodique* par le professeur Charcot, d'après leur observation sur l'adulte. Un exemple recueilli chez l'enfant dans le service de M. Révilliod, à l'hôpital cantonal de Genève, et publié par V. Gilbert, tend à en faire surtout le tabes spasmodique de l'enfance. Rappelant tous les faits observés et les opinions émises à cet égard, il admet que le siège de cette paralysie n'est pas mieux connu que sa nature. Le

cas observé sur un enfant de six ans montre une parésie motrice des membres inférieurs avec manifestation spasmodique et exagération des réflexes. C'est donc bien l'affection de Erb et Charcot dont il fait le diagnostic différentiel avec les affections analogues. Aucune des causes de celles-ci n'existant dans ce tabes spasmodique, au moins chez l'enfant, ne servent à le différencier. Il en signale 26 cas déjà publiés et en rapporte 7 en détail, pour mieux en établir la physionomie et la fréquence. Cette critique mérite donc d'être consultée. (*Revue méd. de la Suisse romande*, 15 juillet.)

Une forme différente de paralysie spinale de l'enfance est signalée par le professeur Grancher, remarquable par son brusque début en quelques heures ou quelques jours au plus. En se montrant générale, elle se localise peu de temps après, en particulier à certains muscles extenseurs de la jambe. L'atrophie musculaire, après trois ou quatre mois, en forme le troisième caractère avec flaccidité et sensibilité. Mais ces signes sont loin d'être constants, car l'un des malades cités présentait une insensibilité à la piqûre, malgré une hyperesthésie considérable, et les contractures dans l'autre sont des particularités dont il faut tenir compte. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, novembre.)

Où placer dès lors deux observations de paralysie atrophique juvénile des extrémités, rapportées par M. Joffroy? Elles ressemblent évidemment à celle de MM. Charcot et Marie déjà signalée. (Voy. Atrophie.) Souvent familiale, elle débute par les pieds et les jambes et atteint tardivement les mains. Elle se rapproche donc, par ces caractères, de la paralysie périodique signalée plus haut. (*Soc. méd. des hôp.*, 23 avril, et *Gaz. hebd.*, n° 18.)

Paralysies radiculaires. L'obscurité régnant encore sur les différentes formes et la confusion qui existe à cet égard font qu'une nouvelle espèce étant éclaircie, plusieurs cas en sont aussitôt observés, distingués. Deux observations de névrite radiculaire spontanée du plexus brachial sont ainsi relatées par M. Rendu, qui les a recueillies dans son service de l'hôpital Necker sur deux hommes de quarante ans. L'atrophie n'est pas seulement décrite ici, elle est figurée. Les deux malades ont guéri de la paralysie, l'un

est mort d'un phlegmon diffus en voie de guérison. Le pronostic en est donc relativement favorable, mais la guérison est lente avec les ventouses scarifiées et les pointes de feu, puis les courants continus et le massage sur la région anesthésiée, c'est-à-dire la région cervicale et le moignon de l'épaule. Ces deux faits font évidemment suite au travail original de Mlle Klumpke. (*Revue de méd.*, septembre.)

La guérison paraît impossible à M. Martius, d'après le fait d'un homme tombé sur l'épaule gauche d'un échafaudage, avec paralysie consécutive de la plupart des muscles. Le biceps, le brachial interne et le deltoïde étaient particulièrement atteints. (*Berl. klin. Woch.*, n° 28.)

En raison même de la variation de l'étendue des muscles paralysés, dans ces névrites radiculaires, elles peuvent se confondre avec les monoplégies hystériques. Une revue complète des travaux récents sur ces paralysies radiculaires, avec leur bibliographie, par le docteur Prévost, enrichie de quelques expériences faites sur les animaux, servira utilement à en préciser le diagnostic. (*Revue méd. de la Suisse romande*, n° 4.)

PAROTIDITE. Les rapports sympathiques de cette inflammation avec les testicules sont trop bien connus par le retentissement des oreillons sur ces organes, dans les nombreuses épidémies observées sur les jeunes militaires, pour y insister. Le fait nouveau serait la réciproque, non seulement chez l'homme, mais chez la femme. Toutes les opérations gynécologiques, l'ovariotomie notamment, retentiraient sur la parotide, au point d'en développer consécutivement l'inflammation, même suppurée, comme la castration et les autres opérations sur le testicule. Plusieurs exemples en sont relatés, et il ne s'agit plus que de déterminer et préciser la fréquence de cette complication. C'est donc une sourdine mise au développement de la chirurgie génitale, qui a pris une extension considérable dans ces dernières années, surtout chez la femme.

L'exemple suivant en est donné par le docteur Harkin, chez une de ses clientes. Pendant six grossesses consécutives depuis son mariage, la dernière remontant à une année, elle a présenté un engorgement de la parotide qui n'a

jamais suppuré. Cet engorgement, plutôt gênant que douloureux, est devenu pour elle comme le signe de la grossesse et jamais elle n'a éprouvé pendant le cours de celle-ci aucun des accidents qui la distinguent : nausées, vomissements, gingivite, etc. L'engorgement disparaît ensuite, et les enfants sont bien portants, sauf une dyscrasie osseuse qui les expose aux fractures. Trois ont eu ainsi plusieurs fractures successives de l'avant-bras et une luxation de l'épaule. (*Lancet*, 20 février, page 374.)

Ovariotomies suivies de parotidite. Cinq cas en ont été publiés par le professeur Möricke, et un autre a été observé à l'hôpital Saint-Barthélemy par le docteur Stephen Paget. (*Lancet*, 9 janvier.) En voici un nouveau, dû à M. Jalland. Une servante de vingt et un ans, admise le 17 septembre 1885 à l'hôpital du comté d'York, fut ovariotomisée le 21 octobre, sans qu'aucun oreillon ne se manifestât pendant tout ce temps à l'hôpital. Dès le 24, elle se plaint le matin de quelque raideur dans le cou avec douleur à l'angle de la mâchoire droite. Un léger engorgement existe sur la parotide très douloureuse. Ces symptômes s'accentuent dans la journée et, le lendemain, la température s'élevait à 103° Fahr. avec gonflement énorme de tout le côté droit de la face et douleur extrême. Les accidents augmentent le jour suivant, malgré les cataplasmes, et c'est seulement par une application de trois sangsues que la femme se déclare soulagée le 26. Mais le 30, la métastase se fait à gauche, les sangsues sont renouvelées, et, le 2 novembre, toute douleur avait disparu. Aucune complication abdominale ne fut observée pendant ce temps et l'opérée guérit parfaitement. (*Idem*, 13 novembre.)

Rapports avec les organes génitaux. Dans 60 exemples d'inflammation secondaire de la parotide, relatés par le docteur Stephen Paget, dont quelques-uns succédaient à la pyémie, il est remarquable que la lésion primitive était toujours dans l'hypogastre ou le bassin. La plupart des malades ont guéri, et, le plus souvent, il n'y avait ni pyémie, ni septicémie. D'où la conclusion que la parotide est en relation avec le péritoine et surtout les organes génitaux; qu'elle apparaît ainsi sans pyémie et que, dans ce cas, si le

malade n'est pas très affaibli par l'affection primitive, il guérit ordinairement. Cette *sympathie* est très complexe, car la pyémie seule ne la détermine pas; la parotidite n'apparaît jamais avec la pyémie des membres. Le siège de celle-ci dans l'hypogastre en paraît être la condition en démontrant des relations entre des organes qui, en santé, semblent indépendants. (*Lancet*, 17 avril.)

Effets du saturnisme. Une parotidite chronique est signalée, comme l'orchite, chez les saturnins, dont M. Broussin a relaté une douzaine de cas. Le docteur Parisot en cite quatre nouveaux, se distinguant par un gonflement symétrique des deux parotides. La tuméfaction, parfois considérable, est peu prononcée le plus souvent, et reconnaissable seulement à la palpation. Sans être constante, elle est assez fréquente chez les saturnins, comme le professeur Renaut (de Lyon) l'avait déjà signalé en attribuant cette parotidite à l'élimination du plomb par la glande. Ce serait donc une parotidite chronique interstitielle, expliquée par l'analyse chimique de la salive décelant la présence du plomb, comme le mercure la produit chez les malades soumis à son usage. Celui du tabac vient souvent s'y ajouter. (*Revue méd. de l'Est.*)

Complication mortelle. Durant un accès aigu de manie, chez une femme de quarante ans prise de délire aigu le 14 mai 1885, criant, riant, frappant et cherchant à mordre, le docteur Williamson observa dix jours après, alors qu'un certain calme était revenu, sous l'influence de la paraldéhyde, un gonflement de la parotide gauche survenu pendant la nuit. Il s'étendait à l'os malaire derrière l'angle de la mâchoire, dur et très douloureux, mais sans rougeur. Deux jours après, la parotide droite était prise. La malade ne pouvait avaler. Aucune suppuration n'eut lieu, mais les forces déclinant, à défaut de pouvoir alimenter la malade par les narines, et les hémorrhoïdes saignant abondamment à chaque tentative de lavement alimentaire, la mort survint le seizième jour de la manie aiguë.

C'est donc là une complication, comme dans les fièvres aiguës, car les organes internes et externes de la génération étaient parfaitement intacts. (*Lancet*, 13 mars.)

PEMPHIGUS. Une petite épidémie en a été observée sur 9 enfants par le docteur Colrat (de Lyon). Auto-inoculables, les bulles se sont montrées aussi inoculables à un autre sujet, comme Rœser l'avait démontré sur lui-même. Un microcoque en 8 a toujours été constaté dans le liquide et cultivé; il est probablement l'agent de la transmission.

Cliniquement, il ne peut être confondu avec la varicelle comme on l'a fait. L'un des malades avait eu celle-ci avant le pemphigus, et l'examen du liquide des bulles est différent dans les deux cas, celui du pemphigus étant susceptible de culture et celui de la varicelle ne l'étant pas. Les bulles de celle-ci ne sont pas auto-inoculables et, si elles sont inoculables à un autre sujet, comme Steiner l'a établi, le liquide, au lieu de donner une seule bulle locale, comme celui du pemphigus, produit une éruption générale après une incubation de huit jours. Telles sont les différences caractéristiques entre les deux maladies. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, art. 12832.)

Pemphigus foliaceus vegetans. Désignée sous le nom d'herpès végétant et de framboesia syphilitique, cette affection n'a rien de spécifique, d'après Neumann, le traitement mercuriel n'ayant aucune action réelle. Cliniquement, elle se distingue par des vésicules lenticulaires faisant éclater l'épiderme et donnant lieu à des végétations verruqueuses serrées, limitées par l'épiderme soulevé et sinueux. Un liquide alcalin, nauséabond, très fluide, en est sécrété et forme des croûtes.

Cette éruption siège de préférence sur les grandes et les petites lèvres et s'étend plus tard à la vulve, à l'anus et la muqueuse rectale. La cavité buccale et la muqueuse des lèvres sont ensuite envahies, puis le pharynx et le larynx en rendant la déglutition et la respiration très pénibles.

Multiples au mont de Vénus, à la face interne des cuisses ou au siège, ces végétations ont l'aspect de condylomes étalés, confluents; d'où l'origine syphilitique attribuée. Une zone de vésicules les entoure et les distingue des condylomes, limités nettement par un rebord d'infiltration. Ces végétations pemphigoïdes ont, en outre, par le détachement de l'épiderme, un aspect piqueté étranger aux condy-

lomes, et, contrairement à ceux-ci, elles progressent toujours, alors que les autres signes de syphilis font défaut.

Ces remarques sont fondées sur 9 cas, observés par l'auteur. Chez trois malades, l'éruption fut précédée de myélite et diverses altérations furent constatées dans l'axe gris de la moelle, les nerfs et les ganglions. Est-ce coïncidence ou connexion? Là est la question que l'auteur résout par la négative avec Riehl et Kaposi. (*Soc. des médecins de Vienne*, 8 janvier.)

PHIMOSIS. L'incurie coupable de certaines familles ne faisant pas attention à cette difformité du prépuce, et plus tard celle des individus qui en sont atteints, font souvent toute la gravité de cette malformation. La malpropreté entretenue dans ce cas est la principale cause des accidents. Un prépuce dont le docteur Monod a présenté le moule semblait frappé d'épithéliome, alors qu'il s'agissait de simples végétations qui, en le perforant par suite de la malpropreté, lui avaient donné cet aspect. Une incision dorsale avec grattage a fait disparaître tous les accidents en huit jours. Ce fait n'est pas rare, d'après M. Humbert. (*Soc. de chir.*, 22 décembre.)

Cette circoncision, si bénigne soit-elle, est encore redoutée plus que de raison, à cause de son siège. Pour la pratiquer sans douleur, la cocaïne en badigeonnage sur la muqueuse ne paraissant pas suffisante pour l'anesthésie, M. Crivelli a employé le bromure d'éthyle ou éther bromhydrique en pulvérisations à cet effet. Interne dans le service de M. Ducastel, à l'hôpital du Midi, il a eu de nombreuses occasions de l'employer comme anesthésique local. L'insensibilité en résultant est plus complète qu'avec l'éther, sans le danger d'être inflammable. Le prépuce, bien saisi dans la pince, devient blanc des deux côtés, sous l'influence de la pulvérisation. La section de la peau est alors tout à fait indolore et la muqueuse peut être incisée, égalisée, sans que l'opéré le sente. La sensibilité ne revient qu'en plaçant les serres-fines. Aucune hémorrhagie consécutive ni eschare, toutes les plaies ayant guéri par première intention. Mais si excellent anesthésique qu'il soit, l'appareil instrumental et le médicament même n'étant pas à la portée de tous les

praticiens, il leur sera encore plus facile d'employer la cocaïne. (*Bull. de thérap.*, page 213.)

Dilatation. Un procédé analogue à celui de Bardinet contre le paraphimosis (Voy. *année* 1874) a été employé par le docteur Harwood sur un garçon de vingt-quatre ans dont l'orifice préputial avait moins de 3/8 de pouce de diamètre. Redoutant la circoncision et voulant se marier, il demandait qu'on lui agrandît l'ouverture. Une épingle de tailleur, ayant ses deux extrémités recourbées, fut pliée du côté interne des branches en formant un levier de première classe. Une bande de caoutchouc les ayant réunies ensemble, les extrémités et les deux branches furent soigneusement graissées et une bande élastique d'un demi-mètre enveloppant ou cachant les deux extrémités, le levier eut ainsi la force nécessaire. La plus longue branche fut, dès lors, introduite entre le prépuce et le gland, et avec la bande élastique fixée aux deux extrémités, on pût obtenir la dilatation voulue. Mais l'écartement fut loin d'être aussi indolore qu'on l'a dit. Il fut alors nécessaire d'appliquer une solution de cocaïne pour anesthésier les parties. Dix minutes après, l'instrument dilata rapidement le prépuce sans causer la plus légère douleur. Répétée deux fois, cette opération donna un résultat complet. (*Boston med. and surg. journ.*)

PHTISIE. *Diagnostic bacillaire.* Une description étendue et minutieuse des meilleurs réactifs pour déceler le bacille tuberculeux dans les crachats par la coloration, faite par le docteur Cushing à la Société médicale de Suffolk, le 10 février, ayant amené le docteur Ernst à dire que, pour un observateur habile, un seul bacille était le plus sûr moyen d'un diagnostic positif dans les cas douteux, le docteur Gannett a répondu à cette affirmation par le fait suivant.

Ayant eu à examiner les crachats d'un malade du docteur Bowditch, un si grand nombre de bacilles y furent rencontrés qu'un pronostic très grave fut porté. Néanmoins le malade se rétablit parfaitement de cette maladie bacillaire. D'où l'erreur d'établir des données positives sur le nombre des organismes bacillaires trouvés dans les crachats. Si leur examen est très important, il ne peut être

considéré aussi décisif que les autres moyens cliniques pour juger de l'état du malade et établir un pronostic positif et absolu. Sur l'interpellation du président à ce sujet, M. Ernst répond qu'il considère précisément comme impossible de juger de l'activité et l'étendue de la maladie ni des probabilités de l'avenir par le nombre de bacilles constatés dans les crachats. (*Boston med. and surg. journal*, n° 12.)

Évolution bacillaire. Malgré la difficulté de rendre visible le bacille tuberculeux par la coloration, ce n'est pas là son premier état. Il s'est montré à MM. Duguet et Héricourt sous la forme d'un champignon pathogène : le microsporon furfur. N'ayant rencontré ni bacille ni zooglée dans les organes de trois tuberculeux, atteints de granulie ou phtisie galopante, ils ont lessivé ces organes avec des solutions de potasse de 10 à 40 p. 100, et ils les ont ainsi vus, au microscope, infiltrés de spores et de rameaux mycéliens semblables au parasite mycosique du pityriasis versicolor, le microsporon furfur, dont deux de ces malades étaient couverts. Invisibles dans la recherche des bactéries, ces éléments se trouvent dans tous les tubercules et leur voisinage et jusque dans les organes paraissant sains à l'œil nu. Ils foisonnent dans les crachats, même privés de bacilles. Une goutte de lessive de potasse suffit à les mettre en évidence avec un grossissement de 350 diamètres. Au-dessous, on voit les rameaux mycéliens cheminer dans les alvéoles des poumons coupés et non lavés. Leur réunion forme parfois une véritable tige feutrée.

Des cultures de microsporon furfur, injectées à des cobayes et des lapins, ou des insufflations trachéales avec ces crasses pityriasiques, ont rendu tous ces animaux tuberculeux sans exception, avec les mêmes caractères que les tubercules humains. L'évolution bacillaire de cette végétation microsporique a lieu surtout dans le bouillon de bœuf neutre et dans le lait à une température de 35 à 40 degrés. Étant celle des phtisiques, ce milieu est très favorable à leur transformation. (*Acad. des sc. et de méd.*, 19 et 20 avril.)

Ce fait était à peine promulgué que le docteur Gosselin, professeur suppléant à l'École de médecine de Caen, jaloux

de confirmer une si grande découverte, a aussitôt répété l'expérience sur de nombreux tuberculeux de l'Hôtel-Dieu et plusieurs soldats de la garnison atteints de pityriasis. Les crachats de 23 tuberculeux arrivés à la 2e et 3e période, traités avec soin et examinés à un grossissement de 500 à 1200 diamètres, n'ont jamais présenté de champignon analogue au microsporon furfur. Quelques mycéliums et spores rencontrés n'avaient aucune ressemblance avec ceux du pityriasis. Les mucosités et le raclage des cavités pulmonaires n'en ont pas donné davantage. L'autopsie de 11 lapins et 14 cobayes, rendus tuberculeux expérimentalement, n'a pas présenté non plus de microsporon furfur, tandis que toujours la présence du bacille était constante, sauf trois exceptions. Le microsporon furfur s'est montré 5 fois dans les alvéoles pulmonaires de fragments de poumons tuberculeux durcis, mais la liqueur de Muller où ils étaient conservés en contenant elle-même, cette observation reste sans valeur. (*Gaz. hebd.*, n° 19.)

Fibres élastiques. Il est si embarrassant et désagréable d'en faire la recherche dans les cas douteux que peu de praticiens s'y sont livrés comme élément de diagnostic. Dettweiler et Meissen ont prétendu qu'elles coïncidaient toujours avec la présence du bacille et en étaient le signe confirmatif. Il résulte des observations faites par le docteur Opatski dans la clinique du professeur Manassein, sur plus de 100 phtisiques dont les crachats présentaient le bacille, que les fibres élastiques ne se rencontrent pas dans tous les cas. Dans un premier groupe de 15 malades dont les signes physiques étaient douteux — 6 ne présentant pas de matité, tandis que les 9 autres, n'en offrant guère davantage, avaient une respiration bronchique avec augmentation du frémissement vocal — des fibres élastiques furent rencontrées chez tous, mais avec une apparence caractéristique chez 12 seulement; les 3 autres les présentant séparées. Elles étaient caractéristiques chez les 6 phtisiques les moins avancés.

Dans un second groupe de 29 malades ayant des signes non douteux de phtisie, c'est-à-dire matité, respiration bronchique, frémissement augmenté, avec des râles humides chez la moitié, le tissu élastique fut également rencontré chez

tous, mais à l'état de fibres séparées chez 3. Dans le troisième groupe de 57 cas avec des cavernes évidentes, les fibres élastiques existaient chez 55 ; toutes, à l'exception d'un seul, en offraient le spécimen caractéristique. Elles étaient séparées exclusivement dans un cas et manquaient absolument dans deux. Les crachats, dans ces deux exemples, étaient épais, comme si un ferment s'y trouvait en abondante quantité pour la destruction du tissu élastique.

Outre ces 101 cas, il se trouvait deux autres phtisiques non douteux, dont les crachats contenaient des fibres élastiques, sans pouvoir mettre en évidence le bacille de Koch. La présence de l'un et l'autre n'est donc pas constante, car les fibres élastiques furent constatées en grande quantité dans 71 cas, et dans 49 seulement celle des bacilles était correspondante; tandis que dans tous les autres, la quantité de ceux-ci était modérée dans 14, faible ou très faible dans 8, nulle dans 2, malgré l'emploi de la méthode d'Ehrlich pour les déceler. (*Lancet*, 19 juin, page 1178.)

Névrites périphériques. Comme dans le cours des autres maladies infectieuses, la fièvre typhoïde en particulier (Voy. *année* 1885), MM. Pitres et Vaillard ont vérifié cliniquement et histologiquement que ces névrites dégénératives se manifestent chez les phtisiques. Elles se développent sur place, sans aucune lésion myélitique appréciable, et affectent les nerfs sensitifs, moteurs et mixtes. Sans que la symptomatologie en soit bien connue, ils divisent ces névrites en trois groupes : latentes, amyotrophiques, douloureuses ou anesthésiques. Elles peuvent ainsi passer inaperçues sur le vivant et se déceler après la mort. Des atrophies musculaires, localisées ou diffuses, révèlent les secondes et les troubles sensitifs les troisièmes.

Telle est l'explication histologique du polymorphisme clinique de la plupart des troubles nerveux survenant dans le cours de la tuberculose. (*Revue de méd.*, mars).

Hémoptysie foudroyante. En se montrant ordinairement sous la forme broncho-pneumonique chez les enfants de neuf à dix ans, l'hémoptysie est d'autant plus extraordinaire qu'elle est apparue chez un enfant de seize mois, observé par le docteur Cadet de Gassicourt.

Très débile et élevé au biberon, cet enfant n'offrait rien de bien caractéristique à l'examen du poumon, sauf la matité à droite avec souffle rude. Son état était stationnaire, lorsqu'il rendit tout à coup un plein crachoir de sang rouge s'échappant de la bouche et du nez. Renouvellement le lendemain et mort le surlendemain par une hémorrhagie nouvelle encore plus abondante.

L'autopsie décela les lésions caractéristiques de la tuberculose chronique, disséminées dans les deux poumons, avec caverne anfractueuse dans la partie antéro-inférieure du lobe moyen. Elle avait le volume d'une grosse noix remplie d'un caillot de sang rouge et communiquait directement avec une branche importante de l'artère pulmonaire. Il y avait en outre tuberculose de tous les organes. Un enfant sous cette forme peut donc ressembler à de vieux tuberculeux. (*Revue des malad. de l'enfance.*)

Lavements gazeux. Fondé sur le fait d'observation qu'un courant d'acide carbonique pur peut être introduit en quantité indéterminée dans les voies intestinales sans provoquer de désordres, si l'injection est faite avec les précautions voulues, M. Bergeon a essayé plusieurs substances balsamiques, parasiticides ou antiseptiques. Il s'est arrêté au mode suivant.

Un courant de 4 à 5 litres de gaz acide carbonique traversant 250 à 500 grammes d'eau minérale sulfureuse est introduit dans le rectum deux fois dans les vingt-quatre heures. Il a constaté en peu de jours une diminution et même la suppression totale de la toux; modification profonde en quantité et en qualité de l'expectoration; disparition progressive des râles humides; suppression des sueurs et relèvement de l'état général. Ces effets n'ont pas été observés dans la phtisie au début, mais dans la phtisie confirmée. (*Acad. des sciences*, 12 juillet.)

Une phtisique héréditaire, présentée par l'auteur même à l'Académie, confirme ces résultats. Aphone, par la destruction de ses cordes vocales, lorsqu'elle fut soumise aux injections gazeuses, il y a un an, ses douleurs de gorge étaient si violentes qu'elle restait jusqu'à trois jours consécutifs sans manger pour éviter les douleurs de la déglutition. Elles diminuèrent quelques jours après l'institution

du traitement, les ulcérations se cicatrisèrent en trois semaines et se maintiennent depuit huit mois, malgré d'énormes excavations dans les poumons. On évalue à la moitié la perte du parenchyme pulmonaire, et pourtant cette femme a supporté le voyage de Lyon à Paris et déclare ne s'être jamais si bien portée que depuis les huit jours qu'elle s'y trouve. (2 novembre.)

L'observation des malades a montré, dit M. Cornil, que le rythme respiratoire est favorablement modifié par ces injections rectales. L'hématose en est rendue plus facile et plus complète, et il s'ensuit un bien-être et un accroissement de forces avec la disparition des accidents fébriles, des sueurs, etc., comme les applications dans l'asthme l'ont prouvé. (Voy. *ce mot.*) Neuf malades du service de M. Chantemesse à l'hôpital Saint-Antoine, présentant les signes généraux et locaux de la tuberculose pulmonaire, avec présence de bacilles tuberculeux dans les crachats, ont obtenu par ce traitement une amélioration très grande. L'augmentation de poids du corps a été rapide : une livre et parfois un kilogramme par semaine. La toux et l'expectoration ont considérablement diminué, les crachats contiennent toujours des bacilles de la tuberculose. Ces malades sont en traitement depuis un mois et demi et l'un d'eux a augmenté de 9 livres dans ce même laps de temps.

Ces premiers essais, insuffisants pour conclure encore de la valeur absolue de la méthode, suffisent pour encourager les recherches sur des animaux rendus phtisiques. (*Acad. de méd.*, 12 octobre.)

Suivant M. Dujardin-Beaumetz, ayant employé ces injections gazeuses rectales sur plusieurs malades de son service, on en obtient les trois modifications suivantes : diminution et modification rapides de l'expectoration, de la toux et de l'oppression. Sous cette influence, deux améliorations parallèles ont lieu : sommeil, appétit et augmentation de poids, comme M. Chantemesse l'a constaté.

Elles sont en général bien tolérées. Faites trop rapidement chez un malade de M. Féréol, elles ont déterminé de violentes douleurs abdominales, suivies de diarrhée et de vomissements répétés. Un litre de gaz suffit en commençant, en augmentant dans les séances suivantes. Les accidents ne sont donc pas imputables à la méthode, mais à la

précipitation mise dans son emploi. Une extrême lenteur est nécessaire, sans atteindre du premier coup la dose de 4 litres comme on l'a fait. Mieux vaut s'en tenir à 2, une seule fois par jour.

Comme méthode anti-bacillaire, les espérances ne se sont pas réalisées et, malgré les améliorations considérables obtenues chez quelques phtisiques, ces injections gazeuses n'ont pas fait disparaître les bacilles des crachats. Les expériences sur les animaux pourront en décider plus sûrement. (*Bull. de thérap.*, novembre, et *Soc. de. thérap.*, 24 novembre.)

Sur trois femmes phtisiques soumises à ces injections par M. Blachez, l'une arrivée au troisième degré, avec fièvre hectique, a été considérablement améliorée après 8 à 10 jours de ce traitement : cessation de la fièvre, diminution notable de l'expectoration et de la toux. Chez une autre, moins gravement atteinte, résultat moins favorable; accidents gastro-intestinaux. La troisième, à la première période seulement, a éprouvé une amélioration fort encourageante. (*Idem*, 22 décembre.)

Danger du sulfure de carbone. Une malade de M. Const. Paul fut prise de douleurs atroces avec menace de syncope et une sensation de brûlure persistante, malgré un lavement administré aussitôt. La serviette souillée par les déjections mélangées de sulfure de carbone, ayant été jetée à terre près du foyer, prit feu et manqua d'incendier l'appartement. En attaquant le caoutchouc, le sulfure de carbone doit donc être absolument abandonné. L'eau de Challes, très riche en sulfure de sodium, le remplace avec avantage dans le barboteur comme source d'acide sulfhydrique. (*Soc. de thérap.*, 10 novembre.)

Des injections d'hydrogène sulfuré dans le rectum, à la dose de 100 à 120 centimètres cubes, faites sur des chiens par M Peyrou, ont déterminé des accidents graves et subitement mortels. De là leur danger dans le traitement médical de la tuberculose, si l'on n'y apporte attention et prudence. (*Soc. de biol.*, 20 novembre.)

M. Morel a très bien démontré qu'il ne s'agit pas de doses aussi considérables chez l'homme et qu'en injectant la quantité de gaz contenue dans une demi-bouteille d'eau

minérale, même la plus chargée d'hydrogène sulfuré, il y a seulement alors 15 à 20 centimètres cubes, soit le cinquième des doses extrêmes employées chez les animaux. Les légers accidents survenus sont plutôt dus à la défectuosité des appareils. (*Idem*, 4 décembre.)

Nouveau traitement des affections des voies respiratoires et des intoxications du sang par les injections rectales gazeuses, d'après la méthode du docteur L. Bergeon; brochure in-8° par le docteur V. Morel, ancien interne des hôpitaux de Lyon, Paris et Lyon.

Inhalations d'acide fluorhydrique. Les phtisiques, séjournant une heure par jour dans une salle renfermant par mètre cube d'air 10 litres d'un mélange de cet acide pour 30 litres d'eau, en éprouveraient les effets suivants d'après M. Seyler : Suppression de la dyspnée et de l'oppression, de la toux quinteuse et des sueurs nocturnes, modification rapide de l'expectoration, amélioration de l'état général. Ce traitement préconisé vers 1854, dit M. Bouchard, n'a pas donné de résultats positifs. (*Association française*, 14 août.)

Tannin. De l'emploi comparatif sur l'action du sulfure de carbone, l'iodoforme et l'acide tannique chez des tuberculeux, MM. Raymond et Arthaud ont trouvé que le tannin, administré à des animaux pendant un mois, les rendait réfractaires aux effets du bacille tuberculeux. Ils l'administrèrent alors à leurs malades à la dose de 2 à 4 grammes par jour. Plus de cinquante phtisiques y furent soumis et, en moins de quinze jours, ils avaient augmenté de poids. Dans la tuberculose aiguë, les symptômes se sont amendés chez l'enfant et l'adulte, et l'affection a rétrogradé dans quelques cas désespérés en apparence.

Seigle ergoté. Expérimenté par M. Tenneson dans son service contre les sueurs des phtisiques, il s'est montré le plus efficace des agents thérapeutiques employés à cet effet. 1 à 2 grammes d'ergot en poudre ou mieux 1 gramme d'ergotine en injections hypodermiques, administré une demi-heure avant l'apparition des sueurs, les supprime complètement pendant une à deux semaines et même plus. Employé dans de nombreux cas recueillis par le docteur Mignot dans

sa thèse inaugurale, il s'est montré une seule fois insuffisant. L'atropine même ne donne pas des résultats aussi complets. Tout en supprimant cette cause de souffrance et d'affaiblissement des malades, il n'empêche pas l'évolution fatale du mal, mais il peut la retarder. (*Soc. méd. des hôp.*)

Phtisie de la base. Cette très rare exception à la règle de Louis, qui sur 123 cas n'en avait constaté que 2, semble encore plus rare en Angleterre, d'après le docteur Percy Kidd. Sur 412 phtisiques observés et autopsiés personnellement, il en a rencontré seulement 2 exemples, qu'il rapporte. L'une était symétrique chez un charpentier de cinquante ans et surtout marquée à gauche chez un employé de vingt et un. Des adhérences généralisées existaient des deux côtés avec des cavernes dans les lobes inférieurs; un petit anévrisme se trouvait au milieu chez le second, dont la rupture avait déterminé la mort par une hémoptysie foudroyante. Walshe fixant cette proportion de 1 : 60 à 80; Cotton à 2 : 1000; Pollock en ayant trouvé 64 cas sur 4530 et Fagge ne l'admettant que comme une pneumonie chronique, elle est donc bien absolument exceptionnelle. Mais c'est en distinguant celle de la base du lobe inférieur avec celle de son sommet, c'est-à-dire la phtisie correspondant à la fosse sus-épineuse et l'espace interscapulaire inférieur — région plus exposée à être atteinte que le sommet lui-même — que l'auteur veut l'examiner. Il montre ainsi, par une série de faits, la difficulté de diagnostiquer la nature même de la maladie et la fréquence de l'obscurité des signes physiques comparativement à ceux du sommet. Deux observations avec autopsie accusent une maladie de la base non tuberculeuse pouvant être diagnostiquée telle et quatre autres où la tuberculose a été consécutive. Dans trois cas, les signes physiques étaient limités à la base, tandis que l'autopsie a révélé une vieille maladie au sommet. Enfin, deux faits montrent les signes physiques commençant à la base et finissant au sommet, alors que les lésions furent rencontrées seulement ici à l'autopsie. D'où la conclusion que le diagnostic de la phtisie de la base n'est pas si aisé qu'il paraît, car plusieurs maladies existent à ce siège pouvant être confondues avec elle,

même par l'examen des crachats ; un point tuberculeux existant souvent ailleurs. De là son extrême rareté, plus rare, suivant l'auteur, qu'elle n'est communément admise. (*Lancet*, 2 et 9 octobre.)

PILOCARPINE. Voy. PNEUMONIE, THÉRAPEUTIQUE.

PLEURÉSIE. *Étiologie tuberculeuse.* Deux médecins militaires, MM. Kelsch et Vaillard, mettant la pleurésie au niveau de la pneumonie, en la considérant aussi comme infectieuse, prétendent que, résultant même du froid, elle est toujours tuberculeuse. 16 autopsies sont invoquées à l'appui; mais, loin d'être simples, ces pleurésies *à frigore* étaient souvent précédées de lésions tuberculeuses dans d'autres organes. (*Archiv. de phys. norm. et pathol.*, août.)

Aussi le docteur Blachez n'a-t-il pu s'empêcher de protester énergiquement contre une telle conception. Les tuberculeux, même en puissance latente, sont plus exposés que tous les autres à contracter par le froid des phlegmasies thoraciques. Rien d'étonnant dès lors que l'on trouve des tubercules à l'autopsie. Mais le nombre énorme de pleurésies traitées efficacement, sans suites, par tous les médecins, dépose hautement contre cette nouvelle prétention d'en faire une maladie infectieuse. M. Blachez pour son compte se donne la peine d'en citer quatre exemples démonstratifs. Évidemment, c'est trop et pas assez, car c'est par milliers que tous les praticiens s'élèveraient énergiquement contre cette prétention soulevée pour se rallier aux idées dominantes.

Le docteur Martel (de Saint-Malo) montre que non seulement la pleurésie est souvent idiopathique et sans suites, mais que sur des sujets prédisposés à la tuberculose même, elle peut guérir sans éveiller la diathèse. (*Gaz. hebd.*, n°s 41 et 43.)

Nouveau signe. A celui du cordeau, signalé l'année dernière, le professeur Pitres ajoute celui du sou dont voici la description par le docteur Davezac. « Le malade est assis, et tandis qu'on s'apprête à ausculter en arrière, un aide placé en avant applique un sou sur la peau du thorax, aux points qu'on lui indique, et le percute à petits coups.

L'oreille apposée aux points correspondants de la région dorsale suit attentivement cette percussion du côté sain d'abord, puis du côté malade et sur toute la hauteur de ces derniers. Déjà à distance l'on perçoit une tonalité notablement plus élevée du côté où siège l'épanchement; mais pour l'oreille qui ausculte, *dans l'immense majorité des cas*, la perception nette du bruit métallique indique la présence d'un liquide dans la plèvre, sa perception nulle, au contraire, en annonce l'absence. Confirmatif, et non plus indispensable, quand déjà l'on a pu ajouter aux autres données classiques celle de la perte des vibrations thoraciques, ce signe est jusqu'à présent le seul qui puisse lui suppléer dans les cas, si fréquents chez la femme, où l'émission de la voix plus ou moins affaiblie et sa transmission plus difficile à travers l'embonpoint sous-cutané ne sauraient fournir au médecin aucune indication. Il exige évidemment de sa part une étude attentive de ces nuances, afin de conserver toute sa valeur, quand il s'agit de décider si la thoracentèse est opportune. Ce n'est pas plus difficile que toute autre étude d'auscultation. » (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

Traitement mécanique. Plusieurs cas d'épanchement ont été traités avec le massage et l'air comprimé en le forçant d'entrer dans les poumons, par le docteur Cimbali (de Sienne). La période la plus favorable est l'état chronique des symptômes. Le massage consiste dans une pression glissante entre les espaces intercostaux de la colonne vertébrale au sternum deux ou trois fois par jour. Outre son action révulsive sur la peau, il en détermine une probablement excitante sur la plèvre et peut même en détacher des parcelles de fibrine.

Quant à l'air comprimé, il est introduit au moyen d'un tube élastique muni d'un embout qui, placé dans la bouche, force l'air contenu dans une paire de ballons d'entrer dans le poumon durant chaque inspiration pendant cinq à dix minutes, quatre à cinq fois par jour. Le but de cette aérothérapie est de prévenir le collapsus des vésicules pulmonaires et d'exercer la compression sur le liquide épanché. Sur 8 cas ainsi traités, 7 ont guéri en vingt-quatre à quarante jours; le huitième épanchement, de huit mois de durée et

d'une extrême abondance, n'en fut nullement influencé. Les malades ne se sont plaints d'aucun inconvénient de ce traitement. (*Lo Sperimentale*, 1885, et *London med. Record*, 15 mars.)

Accidents de la thoracentèse. Sur 398 opérations, le docteur Bowditch signale les conditions de l'accident mortel qui lui est arrivé pour la seconde fois seulement, tous les autres cas ayant guéri. Appelé en consultation pour un homme qui avait eu un grave rhumatisme sept mois auparavant, d'où une maladie du cœur avec matité étendue et un peu de dyspnée, il constata un épanchement pleural gauche. Une première ponction fut faite sans résultat; 14 jours plus tard, les signes physiques avaient changé : la matité s'étendait en arrière de la ligne axillaire gauche; en avant, le son était tympanique et le cœur refoulé à droite. Égophonie avec quelques râles en arrière probablement transmis. Une seconde ponction fut proposée, mais à cause de la faiblesse du malade, elle fut pratiquée, l'opéré étant couché, et le trocart introduit entre la septième et la huitième côte. Il s'écoula sans intervalle trois pintes de sérum. Le malade qui suçait de la glace, étant changé de position, toussa, et le médecin, croyant que c'était là un simple effet de la glace, n'enleva pas la canule immédiatement. La toux continua avec dypsnée, et la mort eut lieu en quarante-huit heures.

L'autopsie montra un poumon très hypertrophié et rempli de sérum. (*Boston soc. for med. improv.*, 8 mars.)

Pleurésie purulente. Chez un homme de trente-neuf ans, atteint d'un rétrécissement aortique avec insuffisance et hypertrophie du cœur à la suite de douleurs articulaires, un épanchement pleurétique est constaté à gauche à son entrée à l'hôpital le 12 août. Ponctionné le lendemain, cet épanchement donne 1500 grammes de liquide purulent blanc mat sans odeur. Œdème très prononcé des jambes. Nouvelle thoracentèse le 22 donnant 2800 grammes de pus inodore. Néanmoins, la dypsnée augmente, le malade ne peut rester dans son lit; il passe le jour et la nuit assis, la tête penchée sur le bord de son lit. Un abcès s'est formé dans le mollet gauche; ouvert, il donne issue à du pus en

abondance. Une eschare formée sur le dos du pied se détache également et donne du pus à sa circonférence. Et malgré la dyspnée croissante, le malade reste sans fièvre, la température n'ayant jamais dépassé 37°.

La présence du pus croissant détermine la thoracotomie, pratiquée le 27 par le docteur Long dans le huitième espace intercostal, un peu en arrière de la ligne axillaire. Issue de 2 litres de pus sans aucune odeur ni fausses membranes ; lavage de la plèvre à l'eau phéniquée avec long drain en caoutchouc ensuite. Malgré cet état grave, l'opéré supporte très bien ces opérations et peut passer la nuit dans son lit. L'état s'améliore rapidement, l'œdème diminue et, dès le 12 septembre, le drain peut être enlevé. Il mange avec appétit et quitte l'hôpital le 8 octobre, ne conservant qu'une fistulette. Les accidents précédents de la thoracentèse ne peuvent donc être attribués à l'état du cœur, puisque celui-ci n'en a rien éprouvé. (*Revue méd. de la Suisse romande*, n° 1.)

Il en fut de même chez un garçon de café de vingt-six ans, entrant à la clinique médicale de Genève le 10 avril 1885. Le professeur Révilliod constate un vaste épanchement à droite. Les diurétiques et un vésicatoire étant sans résultat, on pensait à la ponction, lorsque le malade est pris subitement, le 2 mai, d'étouffements avec sueurs froides et nausées provoquant l'expectoration d'un demi-crachoir de pus épais, visqueux, pâteux, consistant à tenir une baguette debout au milieu. 2 litres en sont rendus jusqu'au lendemain.

La matité est dès lors remplacée par un son tympanique et du souffle tubaire, amphorique, avec bruit de drapeau à timbre métallique. Mais, dès le lendemain, tous ces symptômes disparaissaient comme par enchantement, lorsque la fièvre, cessée depuis sept jours, reparaît le 9. Une nouvelle vomique se déclare le 14 et l'expectoration d'un pus jaune, épais, compact, sans odeur, continue toujours. Une ponction exploratrice faite le 16 donne issue à 5 ou 600 grammes de pus bien lié.

En présence de la résistance du malade, l'expectation est préférée à la thoracotomie et malgré l'expectoration muco-purulente teintée même de sang, sans y avoir jamais découvert de bacille, la dyspnée diminua graduellement avec la toux et les sueurs, et le malade, engraissant et reprenant

des forces, est sorti le 27 juin pour aller à la campagne d'où il est revenu en parfaite santé.

Le *siphonnage* a même pu être pratiqué sans danger en pareil cas chez un fruitier de vingt-sept ans, entré dans le même service le 8 janvier 1886, souffrant depuis cinq mois de douleurs croissantes dans la région lombaire. Pouls à 39,2 avec pommettes rouges, lèvres sèches, facies abattu; dyspnée douloureuse et angoissante produite par une pleurésie droite avec épanchement abondant. L'aspirateur Potain donne 1000 grammes d'un pus brun foncé, trouble, sans odeur, et une tumeur phlegmoneuse et fluctuante dans la région rénale droite, ponctionnée le lendemain, en fournit 250 grammes de même nature. Cette collection fut largement ouverte le 17 avec issue d'environ 500 grammes de pus, provenant d'une cavité anfractueuse contre laquelle le rein était adossé. Il semblait dès lors probable que le pus de la plèvre provenait de cet abcès. Il s'agissait donc d'en faire le vide par celle-ci. Une nouvelle aspiration le 2 mars amena 600 grammes de pus et, malgré deux explorations consécutives à 20 jours d'intervalle, il n'en sortit plus.

La suppuration lombaire devint limpide et séreuse, en diminuant au point de ne plus donner qu'une tache tous les trois ou quatre jours. Le malade quitte l'hôpital le 3 mai avec cette fistulette et peut reprendre ses travaux. C'est en siphonnant ainsi la cavité pleurale, avec un tube de caouchouc, qu'un empyème datant de cinq ans put être guéri chez un enfant de neuf ans portant un énorme épanchement purulent dans la plèvre droite. Ce n'est donc pas au siphonnage que sont dus les accidents de la thoracocentèse. (*Soc. méd. de la Suisse romande* et *Revue méd.*, n° 10.)

PNEUMONIE. *Hémoptysie du début.* C'est là un très mauvais signe, surtout dans les pneumonies du sommet. Six observations en sont relatées par le docteur Ch. Hood avec le caractère de phtisie commençante. Il rappelle les opinions des plus célèbres cliniciens anglais à ce sujet. Malgré la guérison apparente par l'emploi des révulsifs locaux, avec le caustique de Vienne, il faut considérer ces malades comme tuberculeux et les traiter en conséquence. (*Lancet*, 19 juin.)

Son tympanique. Appelé à tort skodique, suivant le professeur Bernheim (de Nancy), ce phénomène n'existe pas seulement dans les portions non hépatisées, comme on l'admet. Trois observations rapportées montrent qu'il a lieu au niveau même de l'hépatisation, seul ou avec bruit de pot fêlé, et que le poumon dur et compact s'observe surtout dans les régions sous-claviculaires. Le sommet postérieur n'en est pas exempt, et il n'est pas rare de l'entendre dans le lobe inférieur. Il ne s'agit donc plus d'en faire un signe absolu de non hépatisation. (*Association française*, août, et *Gaz. hebd.*, n° 38.)

Hémiplégie gauche. Cette complication rare — dont quelques exemples sont collectés dans ce *Dictionnaire*, d'après celui observé par nous en 1870 — est d'autant plus intéressante qu'elle a été constatée sur une fille de vingt-deux ans par le docteur Fabre (de Fribourg). Il s'agissait d'une pneumonie du sommet droit débutant le 4 novembre et suivie d'hémiplégie subite le 11 avec pouls radial imperceptible à droite. Il reparaît le 6 décembre et la motilité revient un peu à gauche; mais, malgré sa sortie de l'hôpital le 17 décembre, cette fille traînait encore la jambe et, tout en s'améliorant graduellement, la motilité laissait à désirer en janvier dernier.

C'est le troisième cas observé dans la jeunesse; tous les autres l'ont été sur des vieillards. On l'explique chez ceux-ci par l'athérome artériel; et ce fait est d'autant plus curieux que l'on ne peut le rattacher à cette cause. La persistance de l'hémiplégie, comme le garçon de vingt ans observé par Macario, ne peut dès lors s'expliquer que par une action réflexe ou l'asthénie. (*Soc. fribourg. de méd.*, 19 avril, et *Revue méd. de la Suisse romande*, n° 5).

Un cas analogue a été rencontré chez un homme de trente-deux ans par le docteur Thurler où un engourdissement subit du bras gauche, avec douleur aiguë à 3 centimètres au-dessus du coude, apparut le douzième jour d'une pneumonie. Le pouls radial et cubital était complètement disparu avec tumeur comme une noisette sur les vaisseaux. La douleur du membre va en croissant, sans pouvoir fléchir les doigts ni sentir les piqûres. Ces accidents sont rapportés à une embolie causée par le transport de

coagulations formées dans les veines pulmonaires pendant la pneumonie, comme le professeur Lépine l'a constaté. (*Idem* et *Revue méd. de la Suisse romande*, janvier 1887.) Certaines hémiplégies pourraient donc provenir de la même cause.

Épidémie dans une salle d'hôpital. 23 cas de pneumonie ont été traités dans le service de M. Lancereaux à la Pitié du 26 janvier au 25 mars. Le premier était venu du dehors, tandis que des 13 traités en mars, 6 sont nés au dedans, en éclatant presque simultanément dans la même salle, étroite et basse, à lits très rapprochés et ayant reçu plusieurs pneumoniques en février. 4 malades depuis longtemps dans la salle, l'infirmier et l'externe Clare Saint-Allais ont ainsi été frappés et sont tous morts, alors que 2 seulement ont succombé des 10 autres pneumoniques placés dans les deux salles voisines du même service.

Les observations cliniques de ces faits montrent, outre le début saisonnier ordinaire, une forme insidieuse coïncidant parfois avec la grippe, un frisson brusque et solennel, unique, point de côté extrêmement violent et persistant, avec mort rapide, du deuxième au cinquième jour, par cyanose et asphyxie. Les crachats étaient roses et non rouillés, contenant des cocci ovoïdes, sans que l'élévation de la température coïncidât avec la gravité. Des pneumocoques se sont même rencontrés dans les complications morbides : épanchement, endocardite, méningite, parotidite.

Ces faits viennent donc à l'appui de la nature infectieuse et microbienne de la pneumonie qui, avec sa forme cyclique et saisonnière, tend à redevenir une fièvre, comme elle était considérée autrefois, et non plus une inflammation simple. Telle est la conclusion de ce mémoire intéressant. (*Archiv. de méd.*, septembre.)

Mortalité. Pendant quinze ans, du 1er janvier 1870 au 31 décembre 1885, des 412 cas de pneumonie lobaire, traités à l'hôpital général du Massachusetts, par le docteur Townsend, sur des malades au-dessus de dix ans, en excluant les cas mortels douze heures après l'entrée, il y eut 311 guérisons, soit 75 1/2 p. 100, et 101 morts ou 24 1/2 p. 100. Il est remarquable que cette mortalité a été graduellement progressive de dix à dix-neuf ans, où elle est de 11 p. 100, jusqu'au-dessus de 70, où elle s'élève à

63. Quant au sexe, la mortalité de 71 hommes sur 217 est un peu supérieure à celle des 28 femmes décédées sur 88. Cette mortalité des hommes peut tenir à leur plus grand nombre à l'hôpital, mais il est remarquable qu'elle existe également dans la statistique des 1066 cas collectés dans la pratique privée par le comité anglais. La mortalité de 18 p. 100 ici était de 14,2 chez l'homme et de 9,9 seulement chez la femme.

Cette mortalité suivant les causes, les saisons, le siège même du mal, et bien d'autres détails, est analysée dans cette statistique, mais sans que l'on en puisse tirer aucune donnée positive, d'après les exceptions nombreuses et les renseignements incomplets qui y figurent. (*Boston med. and surg. journ.*, 25 mars, nº 12.)

Antipyrine et calomel. Contrairement aux principes de la thérapeutique symptomatique, 48 pneumoniques ont été exclusivement soumis par le docteur Posadski, adjoint du professeur Botkin, à cette médication comparative, 25 avec la première, 23 avec la seconde. L'âge moyen des premiers était de vingt-sept ans et demi et de vingt-cinq ans et demi pour les autres. 1 à 2 grammes d'antipyrine étaient administrés jusqu'à 8 grammes par jour; tandis qu'un huitième de grain de calomel était seulement donné quatre fois par jour. En voici les effets distincts :

ANTIPYRINE	CALOMEL
Connaissance parfaite.	Apparence typhoïde et délire.
Affaiblissement marqué après deux à trois jours.	
Battements du cœur très faibles.	
Toux et expectoration difficile.	Peu de toux, expectoration facile et abondante.
Abaissement de température inconstant et passager, excepté lors de la crise du 7e jour.	Température très élevée, sans sueurs, chute critique de la température le 7e jour avec perspiration.
Complications très fréquentes : collapsus, albuminurie, diminution de l'urine, vomissements, sueurs, rash.	Complications très rares; pas d'albuminurie.
Durée moyenne des signes physiques : treize jours et demi. Convalescence rapide.	Durée moyenne des signes physiques : neuf jours.

Conclusion : l'antipyrine, malgré son action sur la fièvre, n'a aucun effet favorable sur le cours ou le résultat de la pneumonie aiguë. (*St-Petersburg weekly clin. gaz.*, 1885.)

Injections intra-pulmonaires. Cette nouvelle méthode, issue de l'École de Lyon, n'a pas fait grand progrès, malgré la fréquence de la pneumonie dans cette ville et sa gravité cette année. La prison Perrache en a été principalement le siège, le docteur Pernot, médecin en chef, en ayant été victime. Ses parents, accourus à son secours, paraissent même en avoir été contagionnés; preuve qui montrerait son infectiosité. On signale en effet, d'après l'état civil, 212 décès de pneumonie pendant le premier trimestre et la première quinzaine d'avril et 240 par broncho-pneumonie. C'était donc le cas d'appliquer les injections intra-pulmonaires, puisque, d'après leur initiateur en France, M. Lépine, leur innocuité n'est plus contestable. En procédant comme il l'a indiqué (Voy. *année* 1885), la toux est habituellement insignifiante, l'expectoration sanglante résultant du traumatisme est toujours légère et cesse en moins d'une heure; la douleur vive est le seul inconvénient, la nature du liquide à injecter restant encore en discussion. (*Lyon méd.*, n° 22.)

Dans une pneumonie grave chez un cordonnier de soixante ans, catarrheux et cachectique, il a injecté, cinquante heures au moins après le début, 25 cent. cubes d'une solution d'iodure de sodium à la partie supérieure de l'hépatisation. Le résultat ayant été minime, il la renouvela vingt-quatre heures après, en plein foyer pneumonique, avec 60 cent. cubes contenant presque 4 grammes d'iodure. Après une légère exacerbation de la température (*procrise artificielle*), la défervescence a eu lieu moins de quatre jours après, avec résolution consécutive trois jours plus tard.

Des expériences sur les chiens avec cette solution ont montré qu'il convenait de la réduire au 20e, afin que le noyau d'hépatisation en résultant soit moins étendu. Ayant poussé dans le noyau hémorrhagique, provoqué auparavant dans le poumon sain d'un chien, 30 cent. cubes de cette solution, l'animal, sacrifié deux jours après, n'a présenté qu'un noyau de 4 cent. cubes. (*Revue de méd.*, décembre.)

Pilocarpine. Un homme épuisé par une dysenterie, compliquée d'albuminurie abondante, fut pris d'une pneumonie double qui fit augmenter les accidents intestinaux. M. H. Mollière pratiqua dès lors une injection avec un centigramme de pilocarpine qui fit tomber aussitôt la respiration de 48 à 24 avec diminution de la dyspnée. Nouvelle injection de quatre en quatre heures, amenant des sueurs profuses et une salivation abondante. Le malade arriva ainsi à la défervescence et guérit bientôt.

Cette médication inusitée a été suggérée à l'auteur par son succès dans un cas d'urémie à forme dyspnéique et délirante chez un vieillard. Chez une jeune femme en pleine urémie comateuse, la pilocarpine fit cesser le coma et permit d'agir sur le cœur pour régulariser la circulation. Il est donc admissible que, dans le cas actuel, l'urémie et l'asphyxie combinées résultaient de l'insuffisance du filtre rénal et de l'hématose pulmonaire entravant l'épuration du sang. Celle-ci se rétablit par les sueurs profuses et la salivation produites par la pilocarpine. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, art. 13153.)

Pneumonie infectieuse. Discutant cette question si vite adoptée par les plus enthousiastes, d'après la présence du pneumococcus spécifique, le docteur A. Petit relate une récente observation du service du professeur Potain. La pneumonie était manifestement traumatique, ayant succédé rapidement à la chute d'un journalier de vingt-quatre ans. On ne pouvait donc admettre son infection. Néanmoins, le microbe fut rencontré dans l'expectoration et à l'autopsie, faite avec toutes les précautions nécessaires et l'examen le plus complet. C'était bien le pneumococcus décrit par Friedlander.

D'où l'auteur montre que la présence de ce microbe peut être banale et condamner la théorie de la pneumonie infectieuse; mais, indiquant aussitôt toutes les voies possibles par lesquelles il a pu s'introduire, il y voit un argument de grande valeur pour la maladie infectieuse. C'est dire que ce fait, en apparence si concluant, ne sert à rien. (*Gaz. hebd.*, nos 7 et 8.)

L'*infection purulente* à la suite d'une pneumonie aiguë, vulgaire, non traumatique, observée dans deux cas par le

professeur Jaccoud, est la preuve du caractère infectieux de celle-ci, d'après la marche suivante. Un individu est pris, en parfaite santé, d'une pneumonie aiguë présentant les caractères et la marche de la pneumonie franche; rien ne fait prévoir les incidents redoutables dont elle sera le point de départ. Dans les délais ordinaires, la phase aiguë arrive à son terme, la fièvre prend fin. Mais la défervescence fébrile n'est pas suivie d'une réparation locale complète, un reliquat plus ou moins étendu du foyer pneumonique persiste sans changement. Après une période stationnaire indécise, la situation du malade s'aggrave, et il succombe après avoir présenté les signes non douteux d'un état d'infection, ou bien il meurt subitement sans aggravation préalable.

A l'autopsie, on constate des points de suppuration dans le reliquat pneumonique et des foyers purulents diffus, soit dans les membres, soit dans les viscères.

L'individu ayant été pris de sa pneumonie en parfaite santé et le reliquat pneumonique la seule lésion présente pendant nombre de jours, il est certain, de par la simple chronologie des accidents, que la suppuration du poumon est le point de départ des foyers purulents à distance et de l'infection générale de l'organisme. Mais d'ailleurs, si l'on soumet ces foyers aux investigations microbiennes, on peut saisir et mettre en évidence les agents intermédiaires entre la lésion primitive et les lésions secondaires, car les mêmes micro-organismes que l'on découvre dans les points suppurés du poumon, on les décèle dans le sang et dans tous les foyers à distance sans exception. (*Acad. des sc.*, 24 mai.)

Deux observations en sont relatées par le docteur Mathieu, à l'occasion de l'épidémie grippale régnante. L'endocardite végétante, rencontrée à l'autopsie dans les deux cas, suffirait à en rendre compte. Aussi se demande-t-il si la pneumonie est primitivement infectieuse ou primitivement infectante. L'érythème du début et l'albuminurie sont d'autres conditions dont il faut aussi tenir compte.

Les plus graves complications existaient également dans les trois cas observés par M. Hanot et il est difficile de dire, dans tous ces faits, quelle a été la maladie infectieuse de la pneumonie ou des maladies concomitantes. Les exem-

ples du professeur Jaccoud sont beaucoup plus concluants. (*Archiv. de méd.*, juillet.)

PNEUMOTOMIE. La chirurgie pulmonaire s'étend tous les jours, nominalement au moins. Le nom de *pneumectomie* est ainsi appliqué à l'extirpation ou la résection des parties malades du poumon. L'ouverture simple des cavités morbides ou pathologiques formées dans l'intérieur des poumons pour en extraire le contenu, ou plutôt la division de leurs parois pour en provoquer l'évacuation et la guérison, est ainsi appelée *pneumotomie*. C'est le nom donné par le docteur Truc aux diverses opérations tentées contre les abcès pulmonaires, les bronchiectasies, les excavations tuberculeuses ou cavernes, les foyers gangréneux, les kystes hydatiques, les corps étrangers, abstraction faite des simples injections intra-pulmonaires ou caverneuses pratiquées dans le même but. Il justifie cette opération en rappelant les divers cas où elle a été employée, en en retraçant l'histoire, les procédés et les résultats dans sa thèse inaugurale. (*Essai sur la chirurgie du poumon dans les affections non traumatiques*, Lyon, 1885, et *Revue de méd.*, mars.)

Un exemple a été présenté à l'appui par MM. de Beurmann et Prengrueber. Une fille de douze ans avait une caverne du poumon droit donnant lieu à des crachats abondants d'une odeur gangréneuse insupportable. L'emploi de la pneumotomie a guéri ces redoutables accidents et amélioré l'état général de la malade par l'opération suivante :

Le point correspondant à la caverne était à la partie antéro-latérale sur une ligne verticale, à trois travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate. Un lambeau cutané fut taillé en forme d'U à base supérieure et relevé en haut. Une plaie circulaire de 10 centimètres de diamètre en résultant mettait à nu les fibres du grand dorsal. Une incision cruciale de ce muscle mit à découvert les 5e et 6e côtes sur 6 à 7 centimètres d'étendue. Le périoste de la dernière, incisé longitudinalement et décollé à la rugine conduite avec précaution, en respectant les vaisseaux et les nerfs, permit d'en réséquer 5 centimètres avec le sécateur. La même opération étant faite sur l'autre, la paroi thoracique présentait une fenêtre quadrilatère de 7 à 8 centimètres de long sur 5 de large. Les deux plèvres adhé-

rentes entre elles et au poumon s'abaissaient et se gonflaient successivement à chaque respiration.

Une incision avec le thermocautère modérément chauffé fut pratiquée sur toute la largeur pour parvenir à la caverne. Une crépitation spéciale résultait de la division pénétrant jusqu'à 3 centimètres d'épaisseur du poumon, relativement sain. La pénétration dans la caverne fut annoncée par une odeur méphitique et des sécrétions bronchiques, absolument comme pour un abcès. Agrandie ensuite, une seconde incision perpendiculaire à la première fut faite entre deux pinces à forcipressure serrant les parties à diviser pour éviter l'écoulement du sang, et qui restèrent en place. Le doigt put ainsi explorer la caverne, sans la laver, afin de prévenir la toux suffocante qui s'était manifestée en lavant les parois divisées. Un gros drain y fut placé et le lambeau cutané suturé au-dessus. La perte de sang fut presque nulle, quoique l'opération ait duré 45 minutes. Un pansement iodoformé termina cette nouvelle ouverture.

Les suites en furent très simples. Après l'enlèvement des pinces, l'air entrait et sortait librement; mais, dès le troisième jour, il ne s'en échappait plus que quelques bulles. Les parois de la caverne s'étaient rapprochées, et la plaie prit bientôt l'aspect rosé granulé de bonne nature. L'écoulement purulent diminua avec l'odeur, et, trois semaines après, l'opérée se trouvait bien, malgré la persistance d'une fistule. (*Acad. de méd.*, octobre.)

La même opération a été pratiquée par M. Thiriar à Bruxelles, pour une large excavation pulmonaire, chez un pleurétique qu'il a pu représenter ensuite. Après deux hémoptysies en 1882 et une troisième en 1884, sans toux ni expectoration, il est pris de point de côté et de fièvre en mai dernier. La matité étendue du côté gauche avec souffle et égophonie indiquent un épanchement. Ponction frustre le 22 juin; vomique le 27, et aussitôt la température tombe de 40° à 38°. Après diverses alternatives, large incision en L retourné, résection de quatre côtes, incision profonde du poumon avec le thermocautère dans un tissu atélectasié arrivant dans une large cavité. Des injections de sublimé étant faites, elles sortent par la bouche; abaissement immédiat de la température à 37°. Les microcoques

de la gangrène pulmonaire sont constatés dans les produits de sécrétion; la cavité se rétrécit et se comble par l'affaissement du thorax avec déviation de la colonne vertébrale. Le malade a repris de l'embonpoint et est complètement guéri. (*Acad. de méd. de Belgique*, 27 novembre.)

Cette ouverture du thorax et du poumon va donc devenir usuelle, comme celle de l'abdomen, quoique bien plus grave que la résection même du poumon s'imposant parfois quand il est hernié dans les plaies pénétrantes. Tel était le cas du blessé apporté à l'hôpital Saint-André de Bordeaux le 30 août avec deux coups de couteau reçus durant une querelle. Une des plaies de 10 centimètres de long, superficielle, siégeait au niveau du cartilage ensiforme et guérit rapidement. L'autre entre les 9e et 10e côtes, de 4 centimètres de long, parallèle à l'espace intercostal, distante de 14 centimètres des apophyses épineuses et de 27 du cartilage ensiforme, était cachée par une tumeur rosée, molle, ayant l'apparence du poumon. Pas d'hémorrhagie, ni hémoptysie, ni emphysème sous-cutané; il y avait seulement de l'oppression et une fréquente toux sèche. La réduction de cette hernie étant impossible, elle fut recouverte d'un pansement antiseptique. Urines sanguinolentes indiquant une blessure du rein gauche. Les accidents augmentant, le docteur Demons réséqua avec l'écraseur la partie herniée du poumon, le 8 septembre, sans hémoptysie, en cautérisant le pédicule avec le thermocautère. Bientôt, le pansement exhale une odeur urineuse, et la plaie ne pouvant guérir ni se cicatriser dans ces conditions, la néphrectomie fut pratiquée le 26 septembre. En incisant l'aponévrose du carré des lombes, 7 à 800 grammes de pus épais, fétide, grisâtre, s'échappèrent. Après le nettoyage de la cavité, le rein fut énucléé, et une hémorrhagie abondante en résulta. Aussitôt après l'excision, un soulagement marqué se manifesta et cet opéré guéri put être présenté six mois après. (*Soc. de chir.*, juin.)

PRIX. Un retard fâcheux continue à être apporté dans la publication de leurs programmes. On ne peut se décider à prévoir l'avenir, et les concurrents n'ont pas le temps de se préparer à faire des travaux dignes du concours. C'est forcément un travail fait à la hâte, à moins d'en avoir les

matériaux en réserve. Le programme de l'année 1887 pour l'Académie de médecine a été publié ainsi au milieu de l'année 1886, alors que les mémoires doivent être envoyés le 1er mai suivant. Il serait donc inutile de les enregistrer ici, comme tous ceux à décerner en 1887. Le concours est ainsi manqué en grande partie. Voici ceux de l'année 1888.

Académie de médecine de Paris.

Prix de l'Académie. 1000 francs. Les vidanges et les eaux ménagères au point de vue de l'assainissement des habitations privées.

Prix Amussat. 1000 francs. A l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Prix Capuron. 1000 francs. Indication et emploi des eaux minérales dans le traitement du rhumatisme chronique.

Prix Civrieux. 1000 francs. Des hallucinations de l'ouïe.

Prix Desportes. 1300 francs. A l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Prix Falret. 1500 francs. Des rapports entre la paralysie générale et la syphilis cérébrale.

Prix Godard. 1000 francs. Au meilleur travail sur la pathologie interne.

Prix Itard. 3000 francs. Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Prix Orfila. 4000 francs. Du venin de la vipère. D'après les intentions du testateur, la question doit être envisagée au point de vue de la physiologie, la pathologie, l'anatomie pathologique et la thérapeutique.

Prix Portal. 1000 francs. Anatomie pathologique des érysipèles.

Prix Stanski. 1800 francs. A l'auteur qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance.

Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

Prix Vernois. 800 francs. Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

Prix Barbier. 2000 francs. A celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Buignet. 1500 francs. A l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

Prix Daudet. 1000 francs. Des gommes syphilitiques.

Prix Laval. 1000 francs. Décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant, d'après le choix même de l'Académie.

Prix Monbinne. 1500 francs. Destiné à subventionner, par une allocation annuelle, ou biennale de préférence, des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins.

Prix Saint-Paul. 25,000 francs. (Voy. *année* 1885.)

1889. **Prix de l'Académie.** 1000 francs. Physiologie du nerf pneumogastrique.

Prix Barbier. 2000 francs. (Voy. *plus haut.*)

Prix Buignet. 1500 francs. (Voy. *plus haut.*)

Prix Capuron. 1000 francs. Des diverses méthodes et des procédés d'exécution de l'opération césarienne.

Prix Civrieux. 1000 francs. Des troubles de la sensibilité dans le *tabes.*

Prix Daudet. 1000 francs. Des néoplasmes congénitaux.

Prix Desportes. 1300 francs. (Voy. *plus haut.*)

Prix Godard. 1000 francs. (Voy. *plus haut.*)

Prix Huguier. 3000 francs. Décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France, sur les maladies des femmes et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections, non compris les accouchements. Les ouvrages d'étrangers et les traductions sont exclus.

Prix Laval. 1000 francs. (Voy. *plus haut.*)

Prix Louis. 4000 francs. Des médications antithermiques.

Prix Monbinne. 1500 francs. (Voy. *plus haut.*)

Prix Portal. 600 francs. De l'anatomie et de la physiologie pathologiques des capsules surrénales.

Prix Vernois. 800 francs (Voy. *plus haut*)

Les mémoires doivent être parvenus à l'Académie avant le 1er mai de chaque année où le prix auquel ils concourent doit être décerné. Ceux destinés au service des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance et de la vaccine doivent être parvenus chaque année avant le 1er juillet.

Le docteur Bourceret, décédé en mars de cette année, a légué à l'Académie de médecine de Paris un capital dont le revenu annuel doit servir à la fondation d'un prix de 5000 francs à décerner, chaque année, à l'auteur du meilleur travail sur la circulation du sang.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Prix Mège. Une somme de 10 000 francs sera décernée à l'auteur qui aura continué et complété l'essai du docteur Mège sur les causes qui ont retardé ou favorisé les progrès de la médecine. Jusqu'au jour où le prix sera décerné, les intérêts de la somme léguée devront être employés en encouragements.

Prix Martin Damourette. 40, 000 francs ont été légués dont les arrérages doivent former un prix annuel pour le meilleur ouvrage sur la physiologie thérapeutique.

Prix Volta. Institué par décret du 11 juin 1882, ce prix de 50,000 francs, en faveur de l'auteur d'une découverte rendant l'électricité économiquement utile comme source de chaleur, de lumière ou d'action chimique, de pouvoir mécanique, de transport des dépêches ou dans le traitement, sera adjugé en 1887. Le concours sera fermé le 30 juin et le prix décerné s'il y a lieu dans le mois de décembre suivant.

Un prix de 25,000 à 50,000 francs est offert par le Sénat français à tout chimiste qui découvrira une méthode pratique de recherches pour mettre en évidence les principes toxiques et les impuretés contenus dans l'alcool du vin.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

1888. **Prix Aubanel.** Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme. 2400 francs de récompense.

Prix Esquirol. Les œuvres du grand aliéniste avec une somme de 200 francs seront décernées au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix Moreau. 200 francs au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé ou à la meilleure thèse soutenue en 1887 dans une Faculté de médecine française sur une question de pathologie mentale et nerveuse.

Adresser ces travaux avant le 31 décembre 1887 au secrétaire général de la Société, le docteur Ritti, médecin de la maison de Charenton.

1889. **Prix Belhomme.** Caractères anatomiques, physiologiques et psychologiques propres aux criminels. 900 francs.

Société d'anthropologie.

Prix Bertillon. Une somme de 5000 francs a été léguée dont les intérêts doivent récompenser, tous les deux ans, le meilleur travail envoyé sur un sujet concernant l'anthropologie. Le premier sera décerné en 1888.

Société contre l'abus du tabac.

1888. Effets du tabac sur la santé des gens de lettres; son influence sur l'avenir de la littérature française. 1000 francs dont une médaille d'or de 100 francs. Le programme détaillé du concours sera envoyé gratuitement aux personnes qui en feront la demande au secrétaire général de la Société.

Prix Astley Cooper. Triennal et de la somme de 300 livres sterling, soit 7500 francs, il sera accordé au meilleur mémoire ou ouvrage sur l'origine, l'anatomie, les résultats et le traitement des affections tuberculeuses des os et des articulations. Adresser les mémoires avant le 1er janvier 1889 aux chirurgiens de *Guy's hospital* à Londres.

Un legs de 38,000 francs a été fait à l'Université d'Iéna par Paul von Ritter (de Bâle) pour être appliqué à des recherches zoologiques sur les bases de la théorie de l'évolution de Darwin; le testateur admettant que cette étude est le plus grand signe de progrès que le XIXe siècle ait encore donné.

Prix Balestreri. 1000 francs. Voy. Tétanos.

PROSTATITE. Elle est évidemment la source de la plupart des maladies de cet organe si important aux fonctions génératrices, sauf les tumeurs ou dégénérescences qui sont un effet de l'âge, sinon des abus ou des excès commis dans la jeunesse. De là l'intérêt de traiter de bonne heure les inflammations prostatiques, afin de n'en laisser subsister aucun reliquat, à moins de s'exposer à encourir plus tard leurs plus redoutables conséquences dans la miction.

Prostatite aiguë. *Eau chaude.* Un médecin de trente et un ans est pris de dysurie subite durant une blennorrhagie. Au toucher, M. Reclus constate une tuméfaction énorme de la prostate qui fait saillie dans l'ampoule rectale ; la surface en est régulière, lisse, uniformément résistante, sillonnée de deux grosses artères battant sous le doigt; douleurs intolérables pendant la miction et surtout après. Des compresses de tarlatane, imbibées d'eau à 35°, sont appliquées sur le périnée avec quarts de lavement à la même température. Aussitôt tous les accidents s'apaisent et s'atténuent, et le troisième jour la guérison était complète.

Un professeur de cinquante-six ans est pris d'envies impérieuses d'uriner pendant la nuit avec ténesme, épreintes, douleurs vives, chaleur cuisante le long de l'urèthre. Au toucher, prostate saillante, tuméfiée, douloureuse, avec artères battant sous le doigt. Lotions périnéales brûlantes, lavements chauds matin et soir. Amélioration instantanée et guérison comme dans le cas précédent. Une récidive après quelques mois, à l'occasion d'une débauche, guérit par les mêmes moyens avec autant de rapidité.

Un jeune homme opéré d'un énorme névrome plexiforme, occupant le cuir chevelu et la région mastoïdienne, est pris le lendemain de rétention d'urine et, trois jours durant, on est obligé de le sonder. Une crise nouvelle provoque le toucher rectal le cinquième jour. L'ampoule est encombrée par l'énorme saillie de la prostate tuméfiée, chaude, douloureuse avec douleur insupportable dans l'urèthre à la moindre pression; les artères dilatées battent sous le doigt; pas de fluctuation. Des lotions très chaudes sur le périnée et un grand lavement à 55° font aussitôt diminuer les accidents. En renouvelant ces moyens à quatre heures d'intervalle, le malade pouvait s'asseoir le lendemain. Deux jours après, la guérison était complète. (*Gaz hebd.*, n° 1.)

Diverses communications sont aussitôt venues confirmer ces bons effets de l'eau chaude sur la prostate et l'on a cité notamment, à cette occasion, les injections d'eau tiède à grand courant contre une contraction spasmodique de la portion membraneuse de l'urèthre compliquée d'inflammation du col de la vessie et de la prostate. Les maladies de la vessie sont en général améliorées par ces lavements, d'après Nélaton. Ces lavages sont aussi préconisés dans le

chancre mou de la verge et la blennorrhagie uréthrale. L'hémorrhagie utérine et certaines métrites sont également améliorées par les injections d'eau chaude. L'aire génito-urinaire serait donc spécialement leur siège d'élection. (*Idem*, n° 9.)

Prostatite chronique. L'état mental grave, produit chez les malades par cette affection et souvent par ses apparences seulement, doit mettre le médecin en garde contre un diagnostic porté légèrement. Un examen sérieux est toujours nécessaire à cet effet, sans s'en tenir au récit du malade sur l'existence d'un écoulement quelconque. Ce mot ne doit jamais être prononcé, à moins de certitude absolue; autrement, le médecin peut faire beaucoup plus de mal au malade que sa maladie ne pourrait lui en causer. L'exemple suivant en est cité par le professeur Guyon dans une de ses leçons sur ce sujet.

Un homme vigoureux ayant eu une seule blennorrhagie avec cystite se reproduisant fréquemment depuis dix ans, sous l'influence du froid ou d'écarts de régime, éprouvant récemment des contractions spasmodiques après chaque selle avec écoulement d'un liquide verdâtre, cet état fut qualifié de prostatite chronique par son médecin. S'étant renseigné dans les livres sur la gravité de cette affection, il vint, littéralement terrifié, réclamer les soins du célèbre spécialiste. Si tous les troubles et les accidents dans les fonctions génitales impressionnent fortement les malades, le mot de prostatite et de spermatorrhée les frappe surtout.

Certains écoulements sont à tort toujours attribués à une prostatite. Trop souvent on qualifie de prostatiques des écoulements provenant des glandes de Cowper. A l'état normal, elles sécrètent assez abondamment, sous l'influence de l'érection, un liquide analogue à la glycérine. Il est assez exagéré, dans certains cas, même sans érection, surtout chez les névropathes ayant abusé de la fonction génitale amoindrie; beaucoup n'ont plus même d'érection complète et c'est dans ces conditions qu'ils sont taxés de prostatiques.

Une grande différence existe pourtant entre ce liquide et celui de la prostatite. Normalement il est sécrété d'une

manière continue, avec suractivité intermittente lors de l'éjaculation ; le liquide en est jaunâtre ou lactescent, analogue à du lait épaissi. Il n'y a pas une différence bien sensible à l'état pathologique inflammatoire, à l'œil nu; le microscope y constaterait peut-être des différences. Son émission seule diffère. Alors que celui du premier coule au fur et à mesure de sa production, celui de la prostate est excrété en masse par une sorte d'éjaculation en laissant des taches plus larges sur le linge. Il s'écoule souvent aussi par les efforts de la défécation, et le toucher rectal, en pressant la glande avec le doigt, provoque parfois cet écoulement.

Ces prostatiques présentent d'ailleurs des troubles généraux souvent annoncés et précédés par des érections incomplètes et une éjaculation rapide. Telles sont la fréquence des envies d'uriner, éjaculation pénible, même douloureuse, dont le sentiment se propage jusque dans le canal de l'urèthre et vers l'aine. Il y a aussi une sensibilité particulière de la région périnéale, avec pesanteur et douleur qu'ils évitent dans certaines positions; des douleurs s'irradiant vers les lombes, des fourmillements dans les membres inférieurs, de la difficulté dans la marche s'observent aussi ; d'où résulte un état hypocondriaque et une véritable perturbation mentale par crainte d'impuissance.

Mais ces troubles fonctionnels ne peuvent guère être attribués exclusivement aux lésions de la prostate. Sur 27 malades atteints d'uréthrite, examinés par l'interne du service de Necker, 10 seulement avaient des lésions bien caractérisées de la prostate, et 6 ne présentaient aucun trouble fonctionnel pouvant être rattaché à cette lésion. Il est donc évident que des prostatiques chroniques peuvent être exempts de tout trouble fonctionnel sérieux. Beaucoup de phénomènes génitaux lui sont ainsi attribués à tort et sont indépendants de cette affection.

Quoique réelle, la prostatite chronique ne doit donc pas être diagnostiquée légèrement, d'après un écoulement ou les troubles génitaux qui lui sont attribués. Un examen minutieux est toujours indispensable. Des malades au contraire en sont atteints sans présenter aucun des signes qui la distinguent. Les tuberculeux en sont très fréquemment atteints, par exemple, sans aucun des symptômes

d'ordre nerveux qui lui sont généralement rapportés. Cette inflammation n'a donc pas d'effet particulièrement grave. Les sujets qui les présentent sont des prédisposés. Et s'il y a des prostatiques vrais offrant ces troubles fonctionnels des organes génitaux, on peut dire aussi d'eux, comme des spermatorrhéiques, qu'il y en a beaucoup de faux.

Ni les signes fonctionnels, ni l'examen du liquide ne suffisent au diagnostic : l'examen rectal, en indiquant les modifications de forme, de consistance de la glande et surtout sa sensibilité, a de l'importance. La prostatite des tuberculeux s'en distingue par l'atteinte fréquente des vésicules séminales dont les nodus se détachent plus facilement au toucher. La cystite et l'hématurie s'observent aussi plus hâtivement.

Lors même qu'une prostatite chronique est constatée ainsi, il ne faut pas se hâter de porter un pronostic sévère; l'état mental du malade est bien plus à considérer à cet égard. Le traitement local : lavements, suppositoires contenant 20 à 40 centigrammes d'onguent mercuriel, l'iodure de potassium ou l'iodoforme, des instillations de nitrate d'argent à haute dose, a une action souvent efficace, surtout avec l'emploi des toniques, des anti-strumeux, l'hydrothérapie, les eaux minérales. Il n'en faut donc pas faire une affection absolument incurable, mais rassurer plutôt les malades pour modifier leur état mental, en ne prononçant le mot de prostatite qu'avec discrétion. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, avril.)

Cure opératoire. Les chirurgiens étrangers tendent surtout à recourir aux instruments. Le docteur Newman présente ainsi un nouveau galvanocautère, sous forme de cathéter imité de la sonde de Mercier dans sa faible courbure, cautérisant légèrement sans coagulation ni destruction du tissu de la prostate hypertrophiée. Mais il a rencontré dans le docteur Gouley un adversaire résolu et éclairé de ces opérations faites à l'aveuglette, sur un organe dont on ne peut mesurer exactement la disposition, la consistance ni les lésions. Les incisions et l'ablation sont les seules opérations à entreprendre, à l'exemple de Bottini (de Pavie) qui a employé le galvanocautère, non pour cautériser, mais pour exécuter la prostatotomie. Les tumeurs ne sont pas

très vasculaires ici et ne présentent guère de danger d'hémorrhagie. La chaleur appliquée en excès produit une eschare et, en atteignant seulement l'épithélium superficiellement, elle ne donne aucun résultat. Il n'y a pas route royale pour modifier la prostate hypertrophiée et, toutes choses égales, le malade vivra plus longtemps en employant sa sonde pour uriner. Un autre danger de ce galvanocautère contre l'uréthrite, même dans les formes bénignes, est de produire un rétrécissement. (*New-York state med. association*, 15 et 30 juin.)

Suivant le même principe, M. R. Harrison propose de diviser la prostate hypertrophiée en pénétrant par la boutonnière employée par Thompson. Dès que la rétention de l'urine existe et que le cathétérisme est impossible, il ouvre la portion membraneuse de l'urèthre sur une sonde et introduit le doigt dans la région prostatique. Il divise la glande sur la ligne médiane par une incision du diamètre de l'index, avec un bistouri à lame étroite, en la séparant ensuite avec le doigt ou une grosse bougie jusqu'à son accès dans la vessie. Un exemple est rapporté à l'appui. (*Boston med. and surg. journ.*, 7 octobre).

Prostatite desquamative. Dans un cas observé par A. Clark et sir J. Paget, chez un confrère, l'urine renfermait des cylindres hyalins semblables à ceux d'origine rénale et des masses hyalines pyriformes en connexion avec ces cylindres. Sauf un peu d'albumine, l'urine était normale. La guérison obtenue se maintenait depuis sept ans et dans deux autres cas analogues, sauf moins d'acuité, M. Clark observa une ressemblance parfaite de ces cylindres avec ceux de la néphrite aiguë. Les petites masses pyriformes qui y adhèrent sont les moules des follicules de la prostate. Telle est leur distinction. (*Clin. Society*, 8 janvier.)

R

RACHITISME. Un établissement fondé à Cannes il y a six ans environ par l'éminent philanthrope, J. Dollfus (de Mulhouse), a permis au docteur de Valcourt, qui donne ses

soins aux malades, de fournir de précieux renseignements à cet égard. Les trente à quarante lits de cet asile reçoivent particulièrement des enfants rachitiques, atteints de mal de Pott, de coxalgie et d'autres affections analogues. Traités par les bains de mer, qui ont pu être donnés jusqu'au 22 décembre 1885, ces malades en ont obtenu de très bons résultats; malgré les fenêtres continuellement ouvertes, même en hiver, il y a absence complète de rhumes. Le professeur Prévost (de Genève), dans sa visite à cet établissement, en a été impressionné très favorablement. (*Soc. de méd. de Genève.*)

Phosphore. Sans tenir grand compte de la nouvelle étiologie du rachitisme donnée par Kassowitz, fondée sur ses recherches d'anatomie pathologique des os, et qui en fait un type d'inflammation chronique, il convient d'enregistrer surtout les effets obtenus par l'emploi du phosphore. Il a soumis des enfants rachitiques à la médication phosphorée, à la dose de un demi-milligramme de phosphore dans cinq grammes d'émulsion huileuse tous les jours, et rapidement il a constaté des succès remarquables. Ces enfants présentaient souvent des lésions osseuses très graves et, en quelques semaines, les os des membres et du crâne, les côtes acquéraient une grande résistance. On voyait les fontanelles se rétrécir, les jointures se consolider, le spasme de la glotte et les autres manifestations du rachitisme disparaître. 560 observations confirment l'exactitude de ces vues théoriques et l'opportunité de leur application au rachitisme.

Ces résultats encourageants, promulgués à la réunion de Fribourg, furent bientôt soumis à l'expérience de plusieurs membres présents. Hagenbach à Bâle, Bohn à Kœnigsberg et d'autres favorables à cette médication ont apporté cette année un total de 400 faits environ; joint aux 1200 de l'auteur, ce résultat de 1600 observations a servi à déclarer solennellement qu'il n'y avait pas plus à refuser les bienfaits du phosphore aux rachitiques que ceux du mercure aux syphilitiques.

Mais ces affirmations quelque peu enthousiastes ont été contredites par d'autres membres. Le prétendu spécifique ne serait pas indispensable pour combattre efficacement

le rachitisme, d'après Hryntschek et Monti. Il guérit dans les deux tiers ou même les trois quarts des cas, sous l'influence d'une bonne hygiène alimentaire et de l'huile de foie de morue. La preuve rigoureuse des assertions précédentes est insuffisante, et les auteurs ont relaté des faits d'insuccès du phosphore que l'huile de foie de morue a considérablement améliorés ensuite. Il y a donc lieu, en employant cette médication, de recueillir des observations très précises et correctes, plutôt qu'à continuer l'accumulation de faits discutables déjà trop nombreux. Il n'en faut pas un si grand nombre pour prouver l'efficacité d'un médicament. C'est à bien marquer l'ordre de modification des lésions osseuses surtout que l'on arrivera à une certitude absolue de l'action de ce médicament. (*Archiv. de méd.*, février et avril.)

RAGE. *Prophylaxie.* On n'avait jamais tant parlé de rage et d'enragés que depuis la découverte de M. Pasteur pour leur guérison. Le bruit éclatant, enthousiaste, produit autour des faits d'inoculation ou plutôt de vaccination des mordus avec le virus atténué par sa méthode, a été trop démesuré, dès la première année, pour que des désillusions ne fussent à prévoir à bref délai. La grandeur de l'entreprise justifiait sans doute l'intérêt de chacun en faveur du but à atteindre ; mais encore fallait-il attendre avant de rien avancer, ni affirmer. Des remèdes spécifiques, des méthodes infaillibles ont été préconisés de tout temps contre cette maladie épouvantable, sans que tant de bruit ait jamais été fait. Si la haute personnalité de l'auteur, l'importance de ses expériences antérieures et de ses grandes découvertes, lui ayant acquis une célébrité universelle, légitimaient cette exception en sa faveur, encore était-il prudent de ne pas accueillir sans restriction ni réserve un fait presque merveilleux, sans autre précédent dans la science que la vaccine de Jenner. Aussi celle-ci ne fut-elle pas admise inopinément. Il fallut bien des années pour la faire accepter par l'évidence même des résultats, quoiqu'il s'agissait aussi d'une horrible maladie, le plus souvent mortelle, et qu'il n'était au pouvoir de personne d'éviter.

On a procédé tout autrement pour la vaccination de la

rage. Après la première inoculation de Meister, annoncée solennellement le 26 octobre 1885, M. Vulpian concluait que la rage avait désormais trouvé son remède. M. Pasteur en relatant, dès le premier mars suivant, 25 cas d'une série de 350 inoculés, aux Académies, avec l'unique insuccès de Louise Pelletier, expliqué d'après sa méthode, proclamait : « La prophylaxie de la rage après morsure est fondée; il y a lieu de créer un établissement vaccinal contre la rage. » Et aussitôt, sur la foi de cette déclaration autorisée, acceptée comme un oracle, alors que l'inoculation était trop récente dans bon nombre de cas pour servir de preuves, des souscriptions publiques et privées étaient organisées de toutes parts, en même temps que des mordus affluaient des diverses contrées du monde rue d'Ulm pour se faire inoculer. Dès la fin de l'année, plus d'un million de francs était recueilli à cet effet et une nouvelle communication du maître, faite le 31 octobre, un an après le début de l'expérience, annonçait que 2,490 personnes d'âge et de sexe différent avaient été inoculées, classées, d'après leur nationalité, dans l'ordre suivant :

Angleterre, 80; Autriche, 52; Allemagne, 9; Belgique, 57; Espagne, 107; Grèce, 10; Hollande, 14; Italie, 165; Portugal, 26; Russie, 191; Indes, 2; Roumanie, 22; Turquie, 7; Suisse, 2; États-Unis, 18; Brésil, 3; France et Algérie 1,726. Sur ce dernier nombre, 10 morts étaient déclarés, c'est-à-dire que la proportion était plus que double du premier résultat indiqué, tout en retranchant deux morts, Pelletier et Moermann, comme ayant été vaccinés trop tard. Ce total de 12 morts connus, en France et en Algérie seulement, sur 1726 donne donc une proportion de 1 : 123, au lieu de 350 qu'elle était dans la première déclaration, c'est-à-dire presque le triple.

Premier avertissement que la méthode n'était pas infaillible, contrairement à ce que l'on pouvait attendre d'une épreuve expérimentale. Etant admis que le virus atténué et préparé à cet effet doit neutraliser celui qui est introduit par la morsure, il n'est donc pas absolument spécifique comme on l'admettait. Aveu de faiblesse sinon d'impuissance, surtout en présence du grand nombre de mordus ne devenant pas enragés, soit par la cautérisation, soit à défaut de la pénétration ou l'absorption du virus rabique;

car il n'est pas encore démontré que l'homme soit parfois réfractaire à la rage comme il l'est à la variole et à la syphilis.

Au lieu de reconnaître la gravité de cette mortalité croissante des inoculés par sa méthode, M. Pasteur invoque, pour l'atténuer et en montrer la puissance, les 17 morts constatés en France en 1886 parmi les mordus ne s'étant pas fait inoculer. Il en trouve encore l'atténuation dans le relevé officiel des cas de rage et de mort dans le département de la Seine pendant les 6 années précédentes :

1878.....	103	mordus	24	morts.
1879.....	78	—	12	—
1880.....	68	—	5	—
1881.....	156	—	23	—
1882.....	67	—	11	—
1883.....	45	—	11	—

soit une moyenne d'un mort sur 6 mordus.

Il invoque aussi l'exemple des 6 enfants français morts après l'inoculation, comme les 10 morts à l'étranger. Leur morsure fréquente à la face et rapprochée du cerveau lui semble une condition fâcheuse, comme celle du loup chez les Russes, pour augmenter et rapprocher les inoculations chez ces mordus avec un virus moins atténué. De là la modification des inoculations intensives et rapprochées. (*Acad. des sciences*, 2 novembre.)

Du terrain expérimental, la question passe ainsi dans le champ clinique et change de face. Selon la tradition médicale, l'immunité des maladies virulentes ne s'acquiert qu'après un certain temps et l'on ne voit pas un virus plus ou moins actif impressionner l'organisme en un jour ou deux, de manière à le rendre inapte à l'action d'un virus plus fort. C'est en vain que durant l'incubation d'une maladie virulente, la variole par exemple, on cherche à en neutraliser le germe morbide par la vaccine. Les faits produits ci-dessus sont ainsi en opposition avec la clinique. On ne saurait donc les faire accorder avec elle et s'en servir au même titre. (*Gaz. hebdomad.*, n° 45, page 726.)

Deux courants opposés tendent ainsi à s'établir parmi

les médecins pour et contre cette méthode et ses résultats. Les partisans de l'expérimentation, l'employant ou s'en servant comme le critérium positif et nécessaire de la clinique, acceptent tous les chiffres précédents, les raisonnements et les expériences comme des preuves démonstratives de la réalité des faits. Ce sont les adeptes de la nouvelle doctrine dont les observations ont lieu plus à l'amphitéâtre et au laboratoire qu'au lit du malade. Tout est confus pour eux dans les symptômes qu'il présente et ils n'admettent comme authentiques et valables que ceux produits sous l'action de leurs instruments et leurs réactifs. Ils raisonnent et concluent exclusivement d'après leurs expériences, tandis que les purs cliniciens observent seulement le malade, les symptômes morbides, les actions et réactions produites par la maladie et les remèdes administrés. Ils ne peuvent donc s'entendre. Ce qui est clair et lumineux pour les uns n'est que chaos et obscurité pour les autres. L'expérience, la tradition ne sont rien pour les premiers, tandis qu'elles sont l'unique phare des seconds. L'expérimentation tout artificielle n'offre à ceux-ci que des données trompeuses, alors que ceux-là lui accordent toute confiance pour connaître la vérité.

M. le professeur Grancher forme une exception. Après avoir fait ses hautes preuves de clinicien en faveur de l'unicité de la phtisie pulmonaire et établi la dualité de la tuberculose et de la scrofule que l'on prétendait réunir et confondre par l'expérimentation, il se rallie à celle-ci pour la rage expérimentale dont il est devenu le plus ardent défenseur. Au lieu du médecin adonné surtout à l'étude du diagnostic, des symptômes et des lésions, il préfère aujourd'hui le procédé de M. Pasteur interrogeant la nature face à face devant un problème de pathogénie ou de thérapeutique dont il cherche la solution dans la voie expérimentale, sans les impédiments de la pathologie humaine. Il a ainsi différencié les deux rôles dans une conférence publique faite le 22 juin à l'Exposition d'hygiène. Comparant le vaccin jennérien et le vaccin humain avec le vaccin rabique, il a montré par des chiffres et des équations que le pouvoir de ces trois vaccins était sensiblement égal. L'innocuité de ce dernier est même établi sans conteste, parce que le bulbe des personnes mortes, malgré la vacci-

nation, n'a donné que la rage commune aux lapins qui en ont été inoculés. (*Tribune méd.*, page 378.)

Il s'est mis ainsi en contradiction flagrante avec le professeur Peter et les plus illustres cliniciens étrangers : J. Clark (de Londres) et A. Flint (de New-York) s'inscrivant hautement avec beaucoup d'autres contre cette pratique de la vaccination de la rage par la rage sans effet nocif, contrairement à tout ce que la science médicale enseigne, comme il a été dit plus haut.

C'était l'objection capitale des commissaires anglais venus à Paris pour s'en assurer. Un lapin, inoculé sous leurs yeux et emporté par eux à Londres, a dissipé tous leurs doutes. Ce lapin est mort bientôt et sa moelle inoculée à un autre l'a fait mourir également. Quatre chiens inoculés avec la moelle de ce dernier sont morts enragés, deux de rage furieuse, les deux autres de rage mue. D'où leur conviction que M. Pasteur traite bien la rage par la rage, suivant l'expression de M. Horstley. Mais cette preuve ne convainc pas *the Lancet* s'écriant que la plus convenable attitude à adopter, est de regarder et d'attendre des juges mieux qualifiés pour examiner la méthode et ses résultats. Elle blâme ainsi les critiques intempérantes de M. V. Richard à ce sujet. (31 juillet, p. 219.)

De même aux États-Unis où l'expérience de Newark n'a convaincu personne par la contradiction des faits. Deux des enfants mordus en même temps que ceux venus à Paris se faire inoculer, étant restés là-bas, ne sont pas plus devenus enragés qu'un chien mordu par l'auteur de cette épouvantable catastrophe. La guérison des inoculés restait donc suspecte, lorsque, le 30 mars, mourait à Newark, dans toutes les horreurs de l'hydrophobie, le directeur de la fourrière aux chiens, M. G. Neall, mordu le 10 janvier en même temps que ceux inoculés à Paris, et qui continuent à bien se porter. Tous les doutes étant dissipés par cet événement, un Institut ayant à sa tête le docteur Valentine Mott, dont le nom célèbre suffit à inspirer toute confiance, s'est fondé à New-York. Deux fils et un domestique du docteur Foster, ayant été mordus le 3 novembre dernier, se mirent aussitôt en route pour Paris, lorsqu'apprenant que le docteur Mott vaccinait avec le virus provenant directement de M. Pasteur, ils se firent vacciner avec succès.

Un jeune enfant du docteur Nowell, mordu également d'un chien supposé enragé, fut soumis au même traitement, mais l'enfant ayant éprouvé après chaque piqûre des troubles cardiaques et respiratoires, le père effrayé cessa dès la quatrième. Voilà où en était la question dans le pays où la méthode avait été si mal accueillie. (*Boston med. and surg. journ.*, 9 décembre, nº 23.)

Une nouvelle importante est donnée à ce propos.

La rage ne régnerait pas en Californie ou du moins très peu. Un résident durant 29 années n'a pu en découvrir qu'un seul cas. Une enquête a lieu actuellement pour en connaître les causes et les autres cas s'il en existe, afin de savoir s'il faut attribuer cette immunité au climat ou à la topographie du pays. (*News letters.*) Assurément, l'absence de chiens ne peut être invoquée, car ils erraient en abondance dans les rues de l'ancienne capitale, Monterey, en 1851. Les chacals et les renards y pullulent dans les montagnes environnantes, mais le loup y faisait défaut.

Dans son rapport à la Société des médecins de Vienne, le professeur Frisels, envoyé à Paris pour examiner la nouvelle méthode d'inoculation, dit que, renseigné sans réserves par M. Pasteur à toutes ses questions, il serait encore prématuré de se prononcer définitivement sur son utilité, à cause de l'incubation parfois si prolongée de la rage.

Au contraire, l'inoculation paraît en grande vogue en Italie, d'après les directeurs de l'*Instituto antirabico* de Milan annonçant, dans un rapport de 500 cas d'inoculation, que leurs études bactériologiques leur permettent actuellement de diagnostiquer la présence du poison de la rage et d'appliquer la méthode de Pasteur avec des résultats supérieurs à ceux obtenus jusqu'ici par lui-même. Simple affirmation dont ils ne font pas la preuve.

Mêmes contradictions partout; les affirmations et les dénégations s'entrecroisent et se choquent. Ce qui avait été accepté comme un oracle dès les premiers faits réalisés — quoique ce fût au nom même de la science dont le but est d'infirmer et de discréditer le miracle même — est de plus en plus discuté. On compte les morts ici et là et un tableau récapitulatif, publié sous le titre de *Nécrologie Pasteur*, en élève le nombre à 52 : 34 étrangers et 18 français. Mais malgré toutes les apparences d'authenticité, l'auteur ano-

nyme de ce factum n'ayant pas le don d'ubiquité, il ne mérite guère créance.

Les vétérinaires, intéressés dans la question, n'ont pas moins pris part que les médecins à ces discussions. Si la méthode pastorienne compte parmi eux des admirateurs passionnés, elle a aussi ses critiques. D'après les statistiques des inoculés français, le professeur Colin a montré que la majorité n'avait réellement rien à redouter de leurs morsures, soit que les chiens ne fussent pas enragés, soit que la rage n'ait pas été communiquée. Autrement, le nombre de ces guérisons prétendues serait hors de toute proportion avec la moyenne ordinaire des cas de rage en France. (*Acad. de méd.*)

D'ailleurs, si le nombre des gens traités après morsure a grossi dans des proportions considérables d'après M. Nocard, le nombre des morts après traitement a aussi augmenté, lui répond M. Percheron dans la *Semaine vétérinaire*. Dans la foule qui se présente aux inoculations, combien ont réellement subi la morsure de bêtes enragées et combien de chiens, taxés de rage, l'avaient réellement ?

A toutes ces questions embarrassantes, on répond aujourd'hui par l'inoculation du bulbe des personnes et des chiens morts de rage, à des lapins. Si ceux-ci prennent le mal, c'est la preuve inéluctable que ceux-là étaient réellement enragés; le contraire prouve la négative. D'abord, il faudrait voir dans quel état sont les moelles inoculées, quand elles arrivent au laboratoire plusieurs jours après la mort dans un état de décomposition, de putréfaction. Et puis, quelle est cette rage expérimentale en contre-épreuve du lapin et pourquoi ne pas inoculer des chiens de préférence? Ce serait le plus sûr moyen de diminuer la rage dont ils sont l'origine.

Morsure de loup. De tous les mordus inoculés, les moins suspects étaient les nombreux Russes mordus par cet animal et défigurés par ses blessures. Aussi sont-ils morts en grand nombre; malgré l'inoculation, la plupart ont succombé. Ce fut le coup le plus fatal à la méthode, car on se demanda dès lors si c'était le virus du loup ou celui des inoculations qui amenait la mort. Avec le génie caractéristique de toutes ses expériences, M. Pasteur avait déjà

répondu à cette question en inoculant deux lapins avec une petite quantité de la matière cérébrale de L. Pelletier, après sa mort. Ces deux lapins furent pris simultanément de rage paralytique le 18e jour et leur moelle allongée, inoculée à d'autres lapins, la produisit de même le 15e jour. Le virus des inoculations préventives faisant mourir ces animaux en sept jours, il conclut que cette enfant avait succombé à la rage transmise par la morsure du chien. (*Acad. des sc.*, novembre 1885.)

L'ingénieux expérimentateur s'en est donc tenu à cette première explication sur la mort fréquente après la morsure du loup. Elle a été confirmée par M. Du Mesnil en recherchant les cas publiés des morsures de cet animal féroce. L'apparition des symptômes rabiques est toujours plus précoce et la mortalité supérieure à celle du chien enragé. Les accidents apparaissent du 20e au 30e jour avec une mortalité de 60,23 pour 100, c'est-à-dire le double de celle produite par la morsure du chien. Le virus est sans doute le même; mais le chien domestique enragé mord parfois son maître en le léchant et comme malgré lui, le loup se jette sur sa victime, mord pour mordre et fait ainsi des blessures nombreuses et profondes sur les parties découvertes. D'où leur extrême gravité.

Ce point établi, il fallait obvier au mal. Aux grands maux les grands remèdes. Des inoculations intensives, plus fréquentes et répétées suivant l'âge, le siège et le nombre des morsures, furent aussitôt résolues et pratiquées. Mais cette modification semble encore devoir obscurcir le problème. Les cas traités par cette méthode ont été plus souvent suivis de mort durant les deux derniers mois de l'année. M. Peter en a apporté jusqu'à 4 cas à la tribune académique, et s'autorisa de ces malheurs pour admettre qu'ils sont dus aux inoculations intensives du virus artificiel. Il n'admet pas qu'un poison aussi puissant puisse rester sans effet sur l'organisme et annihile l'autre. Il produirait ces rages paralytiques, observées dans deux des cas signalés, que les médecins n'ont pu diagnostiquer en l'absence d'hydrophobie, de sputation, d'aérophobie et de convulsions. Mais la discussion pendante ne permet pas de faire actuellement la lumière à ce sujet. Il faut attendre à l'année prochaine.

Il reste pourtant acquis, dès maintenant, par la dernière communication de M. Grancher, que cette méthode n'est pas également applicable à tous les mordus. L'alcoolisme, le nervosisme et l'épilepsie, aussi bien que les morsures de la face, seraient des conditions défavorables à son emploi, tandis que le jeune âge serait favorable au succès. En distinguant ces exceptions, c'est montrer que la clinique joue un grand rôle dans l'application de cette méthode et que l'expérimentation ne suffit pas à en expliquer tous les mystères. Quel est dès lors son avantage sur la clinique, si elle en a toutes les lenteurs, les incertitudes et les aléas dans ses applications et ses résultats? S'ils doivent varier ainsi suivant les cas et les conditions particulières des mordus, cette méthode scientifique et expérimentale n'est pas plus positive que la clinique et n'en aurait de plus que le danger d'empoisonner les inoculés, d'après M. Peter. Au contraire, d'après le tableau officiel de l'Institut Pasteur, publié contre son dire, il n'y aurait aucun mort sur les 50 inoculés par le traitement intensif. La lumière n'est donc pas encore faite; il faut attendre, dans l'espoir que les pessimistes auront tort.

Histologie pathologique. Ayant examiné avec de puissants microscopes le système nerveux et tous les organes de deux hommes et d'un chien morts de la rage, le docteur Hale White a trouvé la moelle allongée dans un état d'inflammation aiguë sur la plus grande partie du plancher du 4e ventricule et le tissu sous-jacent dans une profondeur d'un tiers de l'épaisseur de la moelle. Cette inflammation était surtout marquée au milieu de la fissure moyenne postérieure, s'étendant surtout dans la direction des fibres nerveuses. Tout en s'observant dans d'autres parties du cerveau, elle était beaucoup moins marquée et s'étendait ainsi légèrement à la moelle.

Telle est la lésion essentielle de la rage. Les glandes salivaires portaient quelques traces sur l'épithélium et quelques leucocytes. Les nerfs vague et sympathique étaient sains ainsi que les autres parties du corps. (*Pathol. soc. of London*, 4 mai.)

Un micrococcus de forme ordinaire, assez volumineux et se laissant difficilement colorer, a été découvert par

M. Bowdeswell qui le considère comme le microbe spécifique de la rage. Son siège principal est le canal central de la moelle spinale et allongée chez le chien. Il se répand de là dans le tissu des centres nerveux où il forme des amas autour des vaisseaux. Il est mêlé aux globules rouges dans leur intérieur et est disséminé, au contraire, dans les couches corticales et les espaces lymphatiques. Il ne se rencontre ni dans le cervelet, ni dans les glandes salivaires. L'hématoxyline ne le colore pas, comme celui de Fol; il n'existe pas dans la fibre nerveuse et est trois fois plus volumineux que le sien. Ces études sont donc à poursuivre (*Lancet*, 12 juin.)

Traitement. On n'a pas manqué de contester à M. Pasteur la priorité de sa découverte.

Le docteur Pessanha, homœopathe portugais, écrit de Bemfica, à propos des injections de sang de M. Bochefontaine (1885), qu'il emploie depuis deux ans le sang des enragés avec succès. Une goutte de ce sang dynamisée au 3e degré étant mêlée à 120 grammes d'eau distillée, on administre une cuillerée à soupe de cette solution toutes les trois heures. Il survient de la diarrhée et le malade est sauvé. *O doente esta salvo.* Malheureusement les preuves de cette assertion manquent. (*Gaz. hebdom.*, no 49, 1885.)

De tout temps sans doute des tentatives analogues ont été faites contre une maladie si épouvantable. Pline le naturaliste a signalé le procédé suivant il y a dix-sept siècles, extrait par le professeur Herrgott : « Carnes si edantur contra canis rabidi morsus efficaces esse, etiamnum jecur efficacius... Multo tamen utilissime jecur ejus, qui in rabie momorderit, datur, si possit fieri, crudum mordendum; si minus, quoque modo coctum, aut jus coctis carnibus. » Le docteur Israël (d'Amsterdam) rappelle cette pratique et mentionne ces passages de Pline sans juger la priorité. C'est donc une chose bien vieille, et l'on se demande quelle relation cela peut avoir avec la pratique découverte par Pasteur : aucune assurément.

Une autre pratique bizarre est usitée en Galice, d'après le *Siglo medico* et signalée dans la *Gazette médicale de l'Algérie* en 1882. Depuis longtemps, les populations rurales ont cru reconnaître que les chiens mordus par les vipères

communes, animaux abondants dans leurs campagnes, subissent par cet empoisonnement une modification constitutionnelle qui les rend impropres à contracter la rage, soit spontanée, soit communiquée. Cette observation a conduit à la pratique d'une inoculation préventive qu'on fait subir aux jeunes chiens, dans le but de les préserver directement et de garantir les hommes par une préservation indirecte; les paysans vont à la chasse des vipères et font mordre par elles les jeunes chiens qu'ils élèvent pour la chasse. Le médecin, auteur de cet article, aurait fait mordre ainsi un grand nombre de jeunes chiens par des vipères et aurait constaté qu'une nouvelle morsure de vipère, plusieurs mois après, ne donnait lieu qu'à des accidents sans importance; de plus ces animaux, mordus par des chiens enragés, auraient été réfractaires à la rage.

Des applications locales de cocaïne ont été faites pour la seconde fois par le chirurgien-major Keegan sur un homme de soixante-cinq ans, mordu six semaines avant l'observation. Il avait une grande difficulté à avaler, mais quand l'arrière-gorge eut été badigeonnée avec une solution de cocaïne à 4 p. 100, trois fois à courts intervalles, la déglutition, quoique encore difficile, se faisait mieux. Les trois jours suivants, on employa une solution à 20 p. 100, et le malade put prendre du lait. La difficulté d'avaler devint de moins en moins marquée, mais la paralysie survint, puis la mort le cinquième jour du traitement. L'auteur regarde comme fort utile le soulagement donné au malade par l'usage de la cocaïne, bien qu'il n'ait pu éviter le résultat fatal. (*Ind. med. gaz.*, avril.)

Il suffit d'exposer ces diverses tentatives pour montrer qu'elles n'ont rien de commun avec les inoculations actuelles.

RÉFLEXES. Relativement au succès que cette doctrine a eue lors de sa promulgation par M. Brown-Séquard, où tout ce qui était inconnu s'expliquait par action réflexe, on peut dire qu'elle a vécu. La perte du réflexe rotulien dans l'ataxie locomotrice n'est plus aussi importante que le croyait Westphall, beaucoup de cas y échappant. 2106 personnes bien portantes en apparence, examinées par le docteur Zeuner (de Cincinnati), offrirent les résultats suivants :

Il était aboli chez 281, dont 5 ataxiques et 12 en présentant les premiers symptômes. Chez 28 aliénés n'en présentant pas trace, il y avait 10 cas de paralysie générale et 2 où elle était douteuse. Sur 932, ce réflexe était absent chez 5 seulement. Il se rencontre très rarement dans l'alcoolisme chronique et reparait avec la strychnine. (*Amer. med. association.*)

Ce réflexe acquiert chaque jour une nouvelle importance, au contraire, comme signe diagnostique dans plusieurs maladies. Telle est son exagération chez les glycosuriques, contrairement à son absence dans le diabète. (Voy. *ce mot.*) Suivant le docteur F. Dreyfous, il est le résultat ici de la défaillance générale du système nerveux dont le coma est la dernière expression.

Le glycosurique, au contraire, peut en présenter l'exagération, comme il a été rencontré chez une femme de soixante-huit ans, entrée le 29 juillet dernier à l'infirmerie de l'hospice de Sainte-Périne, avec des antécédents nerveux. Les urines contenaient 12 grammes de glycose par litre, soit 23 gr. 40 en 24 heures, sans albumine, alors que l'exagération du réflexe rotulien était marquée surtout à gauche. Il se généralisait même au membre entier, puis à tout le corps qui offrait un tremblement avec rougeur de la face, lourdeur de tête et émotion morale vive. Quinze jours après, le sucre avait disparu avec la soif, mais des douleurs rachidiennes et intercostales persistent et le réflexe rotulien, exagéré des deux côtés, l'était surtout à droite à cette époque. C'était donc là une glycosurie intermittente, survenant à l'occasion de la moindre indisposition aiguë. Il n'y a ici ni polyurie, ni polydipsie, ni appétit exagéré. Cette exagération du réflexe pourrait donc servir de signe distinctif pour ne pas la confondre avec le diabète. (*Revue de méd.*, décembre.)

Cette réaction réflexe, signalée en Angleterre sous l'influence de la percussion du thorax, vient d'être étudiée et précisée par le docteur Philipovich (d'Odessa.) Se servant d'un marteau muni d'un index marquant la force de chaque coup, il examina les régions thoraciques de 100 jeunes garçons bien portants. La moindre force requise pour produire le phénomène était 400 grammes et la plus haute 2000 grammes. Au lieu de contractions idio-musculaires,

il propose de donner le nom de *tétanos local* à ce phénomène.

De l'analyse des observations, il résulte que le moindre degré de force nécessaire pour le produire s'appliquait invariablement aux sujets faibles ou diffformes, exemptés du service militaire ou prorogés au recrutement. Une moindre force était encore obtenue à l'examen de personnes malades, la plus faible se rencontrant sur les phtisiques. Dans tous les cas, le tétanos local était plus facilement obtenu du côté malade et il s'y produisait sur une plus grande étendue. Dans une pleurésie sèche à droite, les résultats furent : 550 grammes du côté sain et 150 du côté malade. La force moyenne sur les 100 sujets bien portants était de 750 grammes à droite et 850 à gauche. La limite peut ainsi être ordinairement fixée à 700 grammes pour ne pas causer de douleur chez les personnes bien portantes avec cet instrument formé d'une boule métallique recouverte de gutta-percha. Dès que la contraction peut être produite par un coup, dont la force est au-dessous de ce chiffre et détermine une douleur locale, un état pathologique est dès lors probable ou du moins l'état général est inférieur à celui d'un homme vigoureux. (*Lancet*, 20 novembre.)

L'absence du réflexe patellaire a été observée par M. Dejerine chez un tuberculeux, sans que l'autopsie ait révélé aucune lésion de la moelle. (*Soc. de biol.*, 10 avril.)

Seigle ergoté. Un malade du docteur Hammond ayant une exagération des réflexes tendineux et un clonus très marqué des membres supérieur et inférieur gauches, sans contracture, douleurs, atrophie, indiquant une maladie de la moelle, il lui administra quelques faibles doses d'ergot et aussitôt les symptômes disparurent pour reparaître après sa cessation, et disparaître ensuite en en reprenant l'emploi. Il a présenté un homme guéri d'ataxie locomotrice avec absence totale du réflexe tendineux qui reparut également par l'usage de l'ergot. D'où il conclut que ces réflexes exagérés sont déterminés par une maladie organique de la moelle, congestion ou anémie localisée, pouvant être modifiée par le seigle ergoté ou la strychnine. (*New-York neurol. society*, 6 avril.)

Réflexes cardio-vasculaires. Voy. Cœur.

RÉSECTIONS. *Traité des résections et des opérations conservatrices que l'on peut pratiquer sur le système osseux*, par le professeur Ollier (de Lyon). 1er vol. in-8° de 660 pages avec 127 figures, Paris.

Le meilleur éloge de cet ouvrage magistral est le résultat statistique des opérations faites. Sur 274 résections totales ou semi-articulaires des six grandes articulations des membres, la mortalité est de 31,02 p. 100; tandis que celle de Culbertson, d'Otis, sur ces mêmes articulations, était de 26,32 et de 33,2 pour les cas traumatiques seuls. Mais ce taux de la mortalité s'étant considérablement abaissé par les pansements antiseptiques, il convient de distinguer à ce point de vue celle de M. Ollier pour en montrer la supériorité.

108 de ces résections pratiquées de 1861 à 1877, sans ce pansement, ont donné 44 morts dont 25 par accidents imputables à l'opération. La mortalité générale était ainsi de 47 p. 100 et celle opératoire de 23,3 seulement.

Au contraire, 166 résections faites de 1877 à 1884 ont produit 39 morts, dont 8 seulement par accidents opératoires, soit 23,4 p. 100 de mortalité générale et 4,8 seulement de mortalité opératoire. D'où une énorme différence avec la première statistique aussi bien qu'avec celle de l'étranger.

Au point de vue orthopédique et fonctionnel, les résections sous-périostées donnent des résultats diamétralement opposés à la méthode ancienne. Ils sont ainsi complètement différents de ceux de Gurlt. Les très bons de celui-ci deviennent la règle et les médiocres l'exception; il n'y en a pas de mauvais. Ces démonstrations seront encore plus saisissantes par les résultats consignés dans le second volume qui paraîtra prochainement. (*Revue de chir.*, avril.)

Résection des os après fracture. Voy. FRACTURES.

Résections orthopédiques. Mises à l'ordre du jour par le deuxième Congrès français de chirurgie, elles en ont occupé une grande partie par leur importance sous les divers points de vue, aussi bien dans les difformités congénitales qu'accidentelles. Les courbures rachitiques, les

ankyloses et les cals vicieux sont dans ce dernier cas. M. Lagrange (de Bordeaux) a pratiqué ainsi une première résection partielle chez un homme de trente-cinq ans, ayant une arthrite du coude gauche à la suite d'un coup de feu. La suppuration persistait en 1883 avec des trajets fistuleux multiples, gonflement considérable de l'extrémité humérale et de l'olécrâne. La résection fut faite selon la méthode ostéopériostique d'Ollier, suivie d'une guérison parfaite : l'opéré se sert actuellement de son membre pour travailler avec néarthrose très complète et bec olécranien limitant l'extension; les mouvements de latéralité sont insignifiants.

Pour M. Ollier, la meilleure méthode du redressement des ankyloses angulaires de certaines articulations, c'est cette résection. A la hanche, la section doit porter au-dessous du trochanter, suivant Wolkmann. Deux exemples sont fournis à l'appui.

L'ostéoclasie est préférable pour le docteur Mollière avec l'appareil Martin permettant de casser l'os dans le point précis à sectionner. La fracture peut alors être exactement limitée au-dessous du grand trochanter. Il substitue cette opération dans les ankyloses consécutives à la coxalgie, dans les ankyloses à angle obtus du genou, et la préfère aussi dans l'ankylose à angle droit aigu. La résection donne trop de raccourcissement et n'a pas d'avantages sur l'ostéoclasie. Il l'admet seulement dans l'ankylose du coude. Néanmoins, M. Ollier rejette absolument celle-ci dans ces derniers cas. Le genou est forcément plus haut que le point fracturé. C'est un résultat déplorable, outre les inconvénients orthopédiques et le danger de réveiller les anciennes inflammations. Le ciseau ou le couteau lui semblent toujours préférables. Quatre observations récentes de la clinique de Wolkmann montrent que l'ostéoclasie peut réveiller les accidents de tuberculose et d'ostéomyélite. La section osseuse est donc préférable, suivant M. Verneuil. Aucun appareil ne permet de fracturer le fémur où l'on veut.

Malgré tout, cette résection du genou n'a pas encore donné tout ce qu'on peut en attendre en France, d'après M. Lucas-Championnière. Sa première application aseptique, faite il y a deux ans, a été suivie de 9 autres, cinq hommes

et cinq femmes, pour 9 arthrites tuberculeuses et une déformante. Le plus jeune opéré avait dix-sept ans et le plus vieux cinquante-quatre. Même dans le cas de lésions avancées du sommet, les résultats locaux et généraux ont été satisfaisants. Réunion par première intention chez 8 opérés qui tous marchent bien. Quel que soit l'âge, on peut donc faire cette résection en opérant largement avec destruction des fongosités et drainage complet du quatrième au huitième jour dans le creux poplité. Suture des os au catgut; une bonne gouttière est indispensable ainsi que des pansements très bien faits. L'absence de suppuration est capitale.

M. Duménil (de Rouen) l'ayant pratiquée chez une petite fille, les résultats immédiats furent satisfaisants; mais une flexion secondaire se manifesta ensuite, et c'est la raison qui la fait repousser chez les enfants par M. Ollier. Ces inconvénients sont d'autant plus grands que l'enfant est plus jeune, a dit Petersen au Congrès des chirurgiens allemands. L'arrêt d'accroissement, si le cartilage de conjugaison est intéressé, l'atrophie et même, s'il n'y a pas ankylose, les déviations consécutives en sont les résultats. La désarticulation est préconisée par le professeur Heidenreich de Nancy. (*Association française*, août, et *Revue méd. de l'Est*, nº 21.)

Dans un cas de rachitisme, M. Reclus a pratiqué l'ostéoclasie avec l'appareil Colin. La rétraction musculaire empêchant toute réduction après la fracture, la section sous-cutanée des deux tendons du triceps a permis la réduction immédiate et le résultat a été satisfaisant.

Dans une fracture de jambe par cause directe, sans consolidation quatre mois après, M. Doyen fit la résection des extrémités osseuses qu'il sutura avec un fil de soie très fort. En six semaines, l'opéré commençait à marcher, et la marche est progressivement devenue facile avec une jambe droite. En se servant du ciseau, on peut travailler dans la profondeur de la plaie, sans faire saillir les fragments comme avec la scie, et l'on évite des délabrements inutiles.

Dans une ankylose rectiligne du coude, M. Pozzi a fait la résection il y a cinq ans, et contre une autre toute récente, il a dû enlever 6 centimètres et demi d'os. La

guérison opératoire était complète en sept jours et, depuis sept mois, si les muscles sont encore atrophiés, les mouvements de flexion et d'extension sont presque complets avec latéralité insignifiante.

La pratique de M. J. Bœckel (de Strasbourg) est la plus complète et la plus heureuse sous ce rapport. De 1875 à 1886, il a pratiqué 55 de ces opérations, dont 28 ostéotomies linéaires et 27 résections, toutes également suivies de guérison et de redressement parfait. 9 de ces dernières ont été pratiquées sur le coude, 1 sur le fémur, 3 sur le genou, 3 sur le tarse et 4 pseudarthroses. Sur le coude, 2 ont été faites contre des ankyloses consécutives à des tuberculoses articulaires et osseuses éteintes et 7 pour des traumatismes anciens; les fongosités ont récidivé dans 2 cas pathologiques. Au genou, il s'agissait d'arthrite déformante et de deux ankyloses vicieuses. Mais deux de ces opérés ont dû l'être de nouveau et le plus jeune a succombé. Dans les pseudarthroses, il y a eu un insuccès complet, suite d'une ostéoclasie manuelle, chez un enfant de treize ans. L'atrophie considérable des os et des muscles avec raccourcissement de seize centimètres rendait le succès impossible. Mieux eut valu l'amputation, refusée absolument.

Dans une fracture bimalléolaire de la jambe gauche, avec consolidation vicieuse, le pied formant avec la jambe un angle droit ouvert en dehors, M. Décès réséqua la malléole interne permettant le redressement et le résultat fut satisfaisant.

Une fracture ancienne de la rotule rendant la marche impossible, M. Poncet (de Lyon) pratiqua l'arthrotomie afin d'ankyloser le genou. L'opéré marchait cinq mois après avec une ankylose fibreuse.

Pied-bot. La tarsectomie antérieure et postérieure, en grande faveur, est trouvée trop sérieuse par M. Mollière, qui lui oppose l'ostéoclasie sans mortalité. Elle lui a donné de très bons résultats dans le pied-bot équin avec enroulement, en étendant cette opération aux os de la jambe au besoin. Elle doit toujours être sus ou intra-malléolaire pour redresser un pied-bot.

Elle est absolument insuffisante pour M. Vaslin (d'Angers). Contre un pied-bot varus équin avec subluxation de

l'astragale, il a enlevé cet os et le résultat a été très favorable. Dans un autre cas analogue avec enroulement, il fit la ténotomie du tendon d'Achille, la section du ligament latéral interne et une résection cunéiforme des 4e et 5e métatarsiens. Résultat excellent, l'opéré parcourt 7 à 8 kilomètres sans fatigue.

Dans un cas semblable, dont la déformation avait été aggravée par la marche, au point que le dos du pied reposait sur le sol, le bord interne étant en haut, M. L. Labbé extirpa l'astragale, fit la section du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire interne en une seule séance. Résultat similaire : le pied repose sur la plante et l'opéré marche aussi longtemps qu'il veut.

3 cas d'extraction de l'astragale sont relatés par le professeur Gross avec ténotomie et aponévrotomie comme dans le cas précédent. Il considère cette extirpation indispensable et en fournit l'exemple sur le fils d'un confrère traité sans succès jusqu'à seize ans, sans ce moyen radical. Il y a même joint la résection de la partie antérieure de la grande apophyse du calcanéum, chez un enfant de quatre ans. L'astragale est alors remplacée par une masse fibreuse avec de petits îlots cartilagineux vérifiés par l'autopsie. Une fausse articulation assez mobile existait même entre le calcanéum et le cuboïde. Il faut conserver autant que possible la malléole externe; la marche est toujours meilleure. La déformation de l'astragale existant toujours dans le pied-bot varus équin congénital, constatée chez un enfant mort-né, son extirpation est de règle. Le pied-bot accidentel fait seul exception.

C'est le contraire pour M. Martin (de Genève) qui dans 180 cas de pied-bot n'a employé que l'électricité, le massage et l'orthopédie, sans un seul insuccès ni difformités apparentes. Il décrit son sabot spécial. Le traitement chirurgical est pour lui tout exceptionnel. Il faut évidemment que ces cas se distinguent des précédents par une difformité moins accentuée.

Un seul des trois opérés de tarsotomie par M. Bœckel a donné un résultat parfait; il a été médiocre chez les deux autres. Tout en appuyant bien sur le sol, le pied a une tendance à l'adduction, peut-être en raison même de la résection de la malléole externe.

C'est aussi à l'extirpation astragalienne que le docteur A. Reverdin a été obligé d'en venir chez un garçon de dix-neuf ans. Après avoir pratiqué successivement la ténotomie du jambier postérieur et la section de l'aponévrose plantaire, il fit l'extirpation définitive deux mois après, en arrivant à cette conclusion qu'il eût mieux valu commencer par cette ablation, car il devint évident que cet os dévié et déformé ne pouvait être remis en place à cet âge avancé. Toutefois l'opération n'a pas été inutile et une amélioration sensible existe dans la marche.

Il a fait en outre l'exhibition d'un enfant de sept ans, opéré le 2 avril de l'astragale, le calcanéum et la surface tibio-tarsienne pour une tumeur blanche du pied, sans trace de fièvre. Guérison rapide sans fistule, marche facile avec un soulier à armature, mouvements d'extension et de flexion sans douleur. La malléole interne, réparée beaucoup plus vite que l'externe, a son volume normal.

Cinq autres réséqués ont été également présentés, deux de la hanche et deux du coude, le dernier du maxillaire supérieur. Leur présentation justifiait du succès. (*Soc. méd. de la Suisse romande*, août, et *Revue méd.*, n° 9.)

Résection de la clavicule. Un homme de vingt-six ans, pâle, amaigri, phtisique et syphilitique, présentait plusieurs trajets fistuleux autour de la clavicule conduisant sur une surface tomenteuse molle, saignant facilement. L'os fut mis à nu, isolé et réséqué dans ses trois quarts externes par M. Gillette. La pièce le montra frappé d'ostéite avec un séquestre mobile à l'intérieur. L'opéré a parfaitement guéri, mais l'os s'est reproduit seulement du côté interne dans une petite étendue. Les mouvements du bras ont conservé toute leur amplitude. M. Le Dentu avait obtenu le même résultat, l'année dernière, après une résection semblable.

En pareil cas, le professeur Trélat juge l'ostéite de nature tuberculeuse si une tréfine s'y enfonce sans difficulté. Il racle alors l'os avec la curette tranchante et l'évide avec la gouge. Une ostéomyélite avec séquestre, comme dans le cas précédent, d'après l'aspect éburné de l'os, indique de faire sauter les ponts, enlever les parties nécrosées et panser la cavité avec la gaze iodoformée. Telle est sa pratique. (*Soc. de chir.*, 3 février.)

RESPIRATION. *Centres de la moelle épinière.* Après tous les efforts, incessamment renouvelés depuis Legallois, pour découvrir le siège de cet acte si prééminent de la vie que la mort suit immédiatement sa cessation — excepté chez les nouveau-nés — on arrive enfin à constater, par la méthode expérimentale actuelle, qu'au lieu d'être localisé dans un point minuscule du bulbe, le nœud vital, comme l'avait proclamé Flourens pour sa plus grande gloire, il est répandu d'un bout à l'autre de la moelle épinière. Tel est le point curieux et intéressant établi par des expériences positives sur des chiens adultes, par un jeune savant français E. Wertheimer, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille. Cette idée était en germe dans la science française depuis que le professeur Brown-Séquard, réagissant contre cette localisation exclusive, avançait, dès 1858, « que la respiration peut avoir lieu avec force et régularité pendant un grand nombre de jours après l'ablation du nœud vital ». Sans reposer sur des faits ou des expériences indiscutables, cette interprétation était si bien admise que M. Vulpian écrivait dans le *Dictionnaire encyclopédique :* « qu'il semblait que du centre respiratoire bulbaire partaient des éléments le mettant en communication avec tous les foyers médullaires d'origine des nerfs respiratoires en relation directe les uns avec les autres. » Ce que M. Béclard a précisé dans la formule suivante : « La section complète du bulbe au niveau du calamus rompt les liens qui relient avec le centre incitateur des mouvements respiratoires, ou nœud vital, les divers foyers nerveux échelonnés le long de la moelle et impliqués dans le mécanisme des mouvements respiratoires. » (*Traité de physiologie*, 1884.)

Des recherches faites en Allemagne par Gierke et Langendorff ont bien tenté de donner une base expérimentale à la démonstration de ces centres médullaires et leur communication avec le bulbe chez les animaux nouveau-nés ou strychnisés; mais elles ne convainquirent personne et Rosenthal tenait toujours pour son centre unique et classique du bulbe. D'autres expériences faites sur les crocodiles et les oiseaux en Amérique, et des mammifères nouvellement nés à Londres, furent en outre invoquées à l'appui de cette doctrine. Tout cela n'était que des exceptions, des moyens artificiels et il appartenait à un auteur français de

mettre ce fait hors de doute en expérimentant sur des chiens adultes, réactifs bien plus sûrs et concluants que les lapins.

Exécutées dans 56 cas suivis de succès, ces expériences ont été plus que doublées sans résultat. Toutes les principales observations avec les tracés sphygmographiques de la respiration même sont relatés à l'appui. Elle s'élève ainsi de 50 à 90 et même plus par minute, au lieu de 12 à 15 dans l'état normal. C'est une véritable anhélation. Le défaut de synchronisme entre la respiration bulbaire ou de la tête et la respiration médullaire du tronc est aussi distinctif. Tout cela est en contradiction avec les résultats des Allemands et en concordance, au contraire, avec la doctrine de Brown Séquard, bien que la respiration artificielle prolongée par M. Wertheimer puisse être l'équivalent de la strychnine des Allemands.

Ce mémoire divisé en deux parties : historique et expériences, est d'un ordre et d'une clarté remarquables. Le rôle de la moelle s'en dégage facilement; elle est le centre immédiat des mouvements respiratoires du tronc. Séparée du bulbe, elle n'en envoie pas moins ses impulsions rythmiques aux muscles thoraciques et abdominaux avec persistance de son action tonique et réflexe. L'ablation des centres supérieurs la rend même plus manifeste en l'exagérant. Les muscles respirateurs mis à découvert sont tous animés de contractions fréquentes et persistantes; ceux des membres y participent même. Le privilège tout entier de cette grande et longue expérience reviendra donc exclusivement à la France. (*Journ. de l'anat. et la physiol.*, n° 5.)

RÉTRÉCISSEMENTS. Distingués en organiques et spasmodiques, ceux-ci ont toujours été considérés comme beaucoup moins graves en raison de leur nature. Leur guérison, obtenue par suggestion, démontre encore mieux ce fait que les bains, ou autres moyens analogues, comme la fatigue, la distraction, etc. Voy. Hypnotisme.

Rétrécissement congénital de l'aorte descendante. Son siège à peu près exclusif est vers l'extrémité de la crosse, un peu au-dessous de la naissance de la sous-clavière gauche, dans un point correspondant au niveau de l'abouche-

ment du canal artériel. Le diagnostic de cette affection rare n'est guère fait sur le vivant; par la variabilité extrême des symptômes et des lésions, elle ne peut le plus souvent être distinguée, précisée, et les malades sont désignés sous le nom de cardiaques.

Afin de porter un peu de lumière sur ce sujet, le docteur Barié a collecté et réuni tous les faits publiés de ce rétrécissement. De 1789 à ce jour, ils s'élèvent à 92 dont 89 provenant le plus souvent de l'étranger, 2 personnels et un recueilli sur un nouveau-né pendant le cours de cette publication.

Tous les âges sont compris dans cette énumération, depuis l'enfant naissant de quinze jours à trois semaines jusqu'à onze ans et le vieillard de quatre-vingt-douze ans. 78 faits concernent des adultes et 10 seulement des enfants, outre 4 vieillards.

Le sexe masculin compte 69 cas et le féminin 19 seulement, 3 observations ne le signalant pas.

L'analyse des points principaux de ces 92 faits, relatés in extenso, a permis à l'auteur de les signaler en détail quant à l'étiologie, la symptomatologie, la marche, le diagnostic et le pronostic. Celui-ci est moins grave qu'il semble *a priori*, puisque des malades ont pu atteindre la limite extrême de l'existence et que la moyenne de la vie des 79 cas suivis de mort au-dessus d'un an, calculée exactement, a été supérieure à trente-quatre ans.

Quant au traitement, il est nul, puisque l'on ne peut empêcher le cœur de battre et la circulation de s'effectuer pour l'entretien de la vie. Des malades exerçant des professions manuelles pénibles : portefaix, boucher, charpentier, maçon, gymnasiarque, ouvrier de fabrique, soldats, n'ont ressenti que tardivement les conséquences de cette lésion congénitale.

Tels sont les points principaux à détacher de cette monographie, constituant un traité complet de cette affection peu connue. Elle est résumée en 23 conclusions, que des figures, représentant les lésions principales, font mieux comprendre. (*Revue de méd.*, avril, mai et juin.)

Ce rétrécissement aortique est aussi signalé comme très fréquent chez les victimes du mal de Pott. (Voy. *ce mot.*)

Rétrécissements cancéreux du pylore. Voy. JÉJUNOSTOMIE.

Rétrécissement de la courbure sigmoïde. S'il est de règle dans l'obstruction intestinale que l'intestin placé au-dessus soit dilaté, tandis qu'il est affaissé au-dessous — ce qui sert de signe pour rechercher son siège — des exceptions se rencontrent. Deux exemples en sont signalés par le docteur Michael de Baltimore. En ouvrant l'abdomen dans le premier cas, l'intestin grêle était affaissé, tandis que le colon transverse était si distendu que le feuillet péritonéal en était rompu en plusieurs endroits. Le siège de l'obstruction était un rétrécissement de la *sigmoïd flexure.*

Dans le second, les anses de l'intestin grêle apparurent aussi affaissées, tandis que le cæcum et la courbure sigmoïde étaient distendus au-dessus d'un rétrécissement de la dernière portion du gros intestin.

L'auteur ne semble pas avoir cherché l'explication de ce fait; il n'en dit mot. Il nous suffit donc de signaler cette exception bien digne de remarque. (*Med. News,* 29 mai.)

Rétrécissement des artères des membres. Un homme de trente-sept ans, alcoolique, fut pris en août 1884 de douleurs violentes dans la jambe, survenant pendant la marche, le forçant à boiter et à s'arrêter, comme dans la claudication intermittente du cheval. Une ulcération apparaît un mois après sur le petit orteil avec l'augmentation et la permanence des douleurs; la gangrène s'étend au pied et envahit la jambe dont les artères semblaient oblitérées.

En janvier 1885, M. Terrillon ampute la jambe au lieu d'élection. Il ne coula que du sang veineux sans ligature artérielle, même après l'enlèvement de la bande d'Esmarch. Le lambeau guérit parfaitement sous le pansement de Lister. Dix-huit mois après, l'opéré va très bien, sans aucune souffrance, malgré l'absence de battements de l'artère poplitée.

La seule lésion constatée dans la pièce anatomique était la réduction considérable du volume de l'artère tibiale postérieure, à peine perméable.

Une sténose semblable paraît se généraliser chez un malade de M. Le Dentu. Très bien portant jusqu'à vingt-neuf ans, il a été pris en 1883 de douleurs, puis de gan-

grène du membre inférieur gauche. Amputé un an après, il eut de la gangrène du moignon et fut plus d'un an à guérir. En 1885, la jambe droite devint douloureuse avec ampoules gangrèneuses sur les orteils et hyperesthésie. Les battements artériels sont partout diminués, imperceptibles en plusieurs endroits, et vont graduellement en diminuant et en s'étendant depuis trois mois. Le cœur est normal et sans bruit de souffle.

De là le diagnostic de rétrécissement général et graduel des artères et peut-être du cœur, sans que les lésions en résultant ressemblent à la gangrène symétrique des extrémités de M. Raynaud. Aucune lésion du système nerveux n'a été constatée dans ces cas. (*Soc. de chir.*, juin.)

Rétrécissements de l'urèthre. Ils seraient la source d'une irritation réflexe de l'encéphale et de la moelle, selon M. Otis. Leur division, en pareil cas, a toujours amené la guérison définitive des troubles nerveux, la dépression mentale, des accès épileptiques, etc. Un enfant de trois ans ne pouvant faire un pas sans trébucher, avec le pied droit tourné en dedans, fut guéri après une dizaine de divisions successives. L'impuissance céda même une fois à cette opération, de même que plusieurs cas d'acné pustuleuse. Une alopécie générale chez un homme très velu fut également enrayée par cette intervention. Tous ces résultats surprenants ne sont-ils pas de nature à en faire douter? (*Soc. dermatol. de New-York*, 1885.)

Diagnostic. Des erreurs sont commises très fréquemment à ce sujet, même par des médecins expérimentés, selon le professeur Guyon, par la difficulté rencontrée dans certains cas. Exemple : garçon de seize ans atteint d'incontinence d'urine incomplète et ayant une mère tuberculeuse. Hématurie à onze ans et traumatisme il y a six mois. Obstacle au passage de la sonde, tandis qu'un cathéter métallique volumineux passait facilement. C'était donc un spasme de l'urèthre justifié par l'hérédité tuberculeuse, l'incontinence et les envies fréquentes d'uriner; l'absence de blennorrhagie contredisant un rétrécissement organique.

Celui-ci n'existe pas en effet sans blennorrhagie datant au moins de deux années, un traumatisme ou une ulcéra-

tion du canal se rencontrant très rarement. L'absence de ces conditions en fera toujours douter et l'on ne doit admettre son existence qu'après l'avoir franchi; ce que le ressaut et la striction de l'instrument indiquent à l'aller et au retour, surtout avec les bougies olivaires.

Le traumatisme est souvent difficile à apprécier, la blennorrhagie ou le coït pouvant entraîner une rupture à l'insu même du malade et le rétrécissement s'ensuivre cinq à six semaines après l'accident. Se renseigner minutieusement sur les antécédents est donc indispensable. L'écoulement de sang en est le meilleur signe, mais il peut passer inaperçu dans le faux pas du coït dû à une fausse manœuvre lors du rapprochement.

Une modification dans le jet de l'urine ne suffit donc pas à diagnostiquer un rétrécissement, comme on le fait trop souvent. L'exploration directe avec l'instrument à boule est indispensable après tous les renseignements.

Le spasme existe surtout chez ceux qui ont une affection douloureuse de la vessie, la tuberculose en particulier. De là des mictions pénibles, douloureuses, répétées. La résistance à l'entrée des instruments et non à la sortie en est le caractère spécial. Il résiste aux instruments mous et cède aux rigides; la sonde de Béniqué est le meilleur, surtout en tendant la verge le plus possible par la partie inférieure et en laissant pénétrer l'instrument par son propre poids. La fréquence du spasme uréthral, coïncidant avec l'étroitesse du prépuce ou du meat et la cystite, rend ces notions pratiques très utiles.

Hématuries. Abondantes et répétées, elles sont presque toujours l'indice d'un néoplasme. Reste à en fixer le siège. En coïncidant avec des douleurs lombaires persistantes, analogues aux coliques néphrétiques, elles indiquent le plus souvent une affection du rein du même côté. Ces crises annoncent même l'hématurie se produisant sous forme de caillots allongés. Un varicocèle symptomatique résultant de la compression des veines par la tumeur s'ensuit parfois. L'augmentation du volume du rein existe toujours après une longue durée de ces douleurs néphrétiques. L'absence de ce signe, malgré les douleurs lombaires, doit faire exclure l'idée du néoplasme rénal.

Les hématuries d'origine vésicale sont particulièrement abondantes, durables et très répétées, celles du rein étant plus courtes et espacées, soit à plusieurs années d'intervalle. Un léger épaississement de la paroi vésicale du côté droit se décèle parfois au toucher rectal. Son absence indique des lésions légères. Mais ces hémorrhagies, en épuisant les malades, rendent le raclage de la vessie nécessaire par la taille hypogastrique, comme elle a été pratiquée souvent avec succès par M. Guyon. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, octobre.)

Traitement. Une discussion s'est élevée sur la comparaison de la dilatation, la divulsion et l'uréthrotomie interne et externe. D'où il est résulté qu'aucun de ces moyens n'est exclusivement applicable et que le choix doit varier suivant les cas. Un seul point reste acquis, c'est que la dilatation doit être la méthode générale. Tous les chirurgiens sont d'accord à ce sujet; M. Després est même partisan absolu de celle-ci et rejette les autres qu'il n'a jamais pratiquées. M. Le Fort est aussi du même avis avec son procédé spécial décrit plus loin; il est l'adversaire déclaré de l'uréthrotomie et de la divulsion, qu'il a vues suivies plusieurs fois de mort.

Au contraire, la divulsion ne mérite pas, pour M. Le Dentu, le discrédit où elle est tombée. Elle est indiquée dans les rétrécissements inflammatoires avec uréthrite, ceux qui sont élastiques et même inextensibles, dans les fistules urinaires avec induration du périnée. Dans ce dernier cas, il donne la préférence à l'uréthrotomie externe comme M. Horteloup. M. Verneuil la préfère aussi quand les reins ou la vessie sont malades, dans les rétrécissements fibreux cicatriciels ou simplement irritables; l'uréthrotomie interne étant souvent alors suivie d'accidents. La mort survenue à la suite ne lui est pas imputable; elle résulte de lésions rénales concomitantes. La divulsion est une bonne opération, suivant M. Le Dentu, ne déterminant pas plus d'accidents que l'uréthrotomie. Les résultats qu'il en a obtenus sont excellents, c'est pourquoi il s'en déclare le défenseur. Mais il est le seul de son avis; M. Terrier l'a abandonnée pour l'avoir vue suivie de mort dans un cas.

L'uréthrotomie interne, au contraire, est adoptée par tous les autres chirurgiens, quand la dilatation est insuffisante, intolérable ou insupportable, et que le tissu est trop résistant. Elle a donné d'excellents résultats sans aucun accident à M. Lucas Championnière et est d'autant plus indiquée pour M. Trélat qu'elle est un adjuvant de la dilatation même pour assurer ensuite la perméabilité du canal. Il n'y a de variations que dans le procédé. M. Horteloup a son instrument particulier, modification de celui de Maisonneuve. Dans 70 cas, la douleur a été insignifiante avec léger écoulement de sang, quelques accès de fièvre et c'est tout. Son emploi sans sonde ensuite est le secret du succès pour le docteur M. Sée; l'urine filtrant entre l'instrument et le col stagne plus facilement dans le canal. Mais la plupart des chirurgiens attribuent leurs succès à la méthode antiseptique. M. Humbert lave la vessie avec la solution boriquée et en enduit ses instruments, sans que la sonde soit indispensable. C'est en la prenant trop grosse, suivant M. Kirmisson, que l'urine filtre.

Le succès constant dans les 20 cas de M. Terrier est attribué à l'antisepsie des voies urinaires. Il plonge ses instruments dans la solution phéniquée forte et les graisse avec la vaseline boriquée. L'administration interne du biborate de soude, quelques jours d'avance, désinfecte les voies urinaires; l'urine se charge d'acide borique et devient aseptique pendant plusieurs jours.

M. Guyon la préfère à la divulsion, d'après une statistique de 459 cas, avec une mortalité de un et demi sur 100. L'antisepsie est nécessaire, mais ne rend pas inoffensive la moindre faute opératoire. Il vaut mieux inciser que déchirer, souvent à une profondeur dont le siège et l'étendue ne peuvent être prévus. Les complications, comme la fièvre, une altération rénale, ne la contre-indiquent pas; elle atténue plutôt ces accidents qu'elle ne les aggrave et modifie une altération rénale, si heureusement que l'on croirait à une guérison. Il ne réitère jamais le passage de la lame, n° 21 à 23 de la filière Charrière, et la sonde n'est introduite qu 'une quinzaine après cette section. (*Soc. de chir.*, mai, et *Revue de chir.*, août.)

Dilatation immédiate progressive. Entre les partisans de

l'uréthrotomie interne, invoquant ses succès, et ses détracteurs, en faveur de la divulsion défendue et préférée par M. Le Dentu pour en avoir obtenu 26 guérisons dont 3 incomplètes sur 28 cas, le professeur Le Fort, ne se prononçant ni pour l'une, ni pour l'autre en manière d'éclectisme, communique le procédé qu'il emploie.

Une bougie n° 16 est introduite jusqu'au rétrécissement, et en l'appuyant fortement dessus pendant quelques minutes, on fait disparaître les plis, les irrégularités au point qu'en la remplaçant aussitôt par une fine bougie, elle s'engage et franchisse le rétrécissement.

Quand il est franchissable, avec ou sans la méthode précédente, on passe graduellement trois dilatateurs coniques des nos 5, 15 et 21 de la filière. Après avoir introduit une bougie conductrice, munie d'une plaque perforée vissée sur elle, et qui doit être laissée vingt-quatre heures en place, on passe successivement les trois dilatateurs en les faisant pénétrer prudemment, lentement, sans jamais forcer. Ce n'est pas une divulsion et le canal ne doit pas saigner. C'est le danger de la divulsion et la dilatation ordinaire est trop lente pour que la répétition du cathétérisme ne fasse pas courir des risques au malade. Au contraire, ce procédé répond à toutes les indications de l'uréthrotomie interne qui n'a plus sa raison d'être. Il assure la guérison sans danger. Des uréthrites sans abcès en sont résultées et c'est tout. Jamais d'hémorrhagies comme avec la divulsion, ni de morts comme l'uréthrotomie interne en a produit sous la main des chirurgiens les plus exercés, à Paris comme à Boston. (Voy. *année* 1884.)

Moins douloureuse que la divulsion et l'uréthrotomie interne, elle n'exige pas la chloroformisation, du moins à l'hôpital. Sur 52 applications, les opérés n'y sont restés que seize jours en moyenne, en passant la sonde n° 18. La permanence de la guérison est assurée par l'habitude que les opérés ont prise de se sonder de temps à autre ensuite, tandis qu'après l'opération de l'uréthrotomie et de la divulsion, ils se croient guéris du premier coup et négligent de se sonder. (*Soc. de chir.*, mai.)

Deux succès très remarquables sont relatés par le docteur Béranger-Féraud, directeur du service de santé de la marine à Cherbourg. L'un chez un médecin qui, après

plusieurs blennorrhagies de 1869 à 1872, commença son service dans la marine étant mal guéri, et continua plusieurs campagnes avec des accidents et des traitements divers jusqu'en 1885; il entra le 7 décembre à l'hôpital maritime de Cherbourg. Tous les moyens de cathétérisme furent vainement essayés jusqu'au 15 février, où il put appliquer les trois bougies métalliques coniques de M. Le Fort. Succès immédiat et, à partir de la fin de février, le jet d'urine devint normal, le malade se considérant comme guéri.

L'autre cas était encore p us grave et désespéré par la rétention complète de l'urine, exigeant la ponction de la vessie. A l'aide du fouet de Maisonneuve et de la forme conique de la bougie métallique, on vainquit rapidement tous les accidents et la guérison fut immédiate à la faveur de cette dilatation progressive. (*Bull. de thérap.*, 1er septembre.)

Cathétérisme rétrograde. Les indications générales en sont dans les cas suivants, d'après l'enseignement de plusieurs exemples recueillis par M. Monod :

1° Rétrécissements dits infranchissables, lorsqu'après l'uréthrotomie externe, l'orifice postérieur est introuvable;

2° Ruptures graves de l'urèthre, après l'incision du périnée, ne permettant pas de parvenir dans la vessie;

3° Hypertrophie de la prostate avec rétention d'urine et fausse route. La bénignité de la taille hypogastrique permet d'y recourir d'autant plus facilement. (*Soc. de chir.*, 7 avril.)

RHUMATISME. *Nodosités rhumatismales.* Elles peuvent être confondues avec les gommes syphilitiques par des cliniciens aussi distingués que le docteur Millard. M. Guyot ayant revu la malade un an après, dans le même hôpital, avec ces nodosités, crut devoir souscrire au diagnostic de son collègue, quoique la malade niât tout antécédent syphilitique dont elle n'offrait aucune trace. Le biiodure fut si mal supporté qu'il fallut en cesser l'usage et le salicylate de soude lui fut substitué. Les nodosités ont diminué des deux tiers sous son influence, épreuve décisive pour admettre leur nature rhumatismale.

En voici le diagnostic différentiel, d'après M. Lailler. Brusquerie de leur apparition, douleur coïncidente, évolution rapide avec phénomènes congestifs marqués.

Marche lente et indolore des gommes spécifiques. L'iodure de potassium peut développer des tumeurs rouges et douloureuses. Il suffit d'en cesser l'usage pour les voir disparaître en dix jours. (*Soc. méd. des hôp.*, 26 février.)

Cette forme noueuse du rhumatisme se rencontre souvent chez de jeunes sujets, suivant le docteur Jacob (de New-York). Ces nodosités, sous forme de petites masses variant de 6 à plusieurs douzaines, apparaissent fréquemment le long des tendons des doigts en rappelant la goutte. Elles existent parfois sur la face, particulièrement au front, et sont ordinairement formées de tissu connectif hypertrophié. (*Association des méd. américains*, 30 juin.)

L'érythème noueux, admis comme une manifestation rhumatismale par les médecins anglais, se rapporte évidemment au même ordre d'idées. Il y a donc là un rapprochement dans ces divers pays qui semble mériter l'attention, comme le signale la *Gazette hebdomadaire*, nº 18. Voy. ÉRYTHÈME POLYMORPHE.

Altération des nerfs périphériques. Deux malades atteints de rhumatisme articulaire aigu avec genoux volumineux, doigts ankylosés, ichthyose du membre inférieur, ont présenté à MM. Vaillard et Pitres des lésions diffuses et profondes du système nerveux périphérique ayant beaucoup d'analogie avec celles de la névrite parenchymateuse dégénératrice. En se livrant à l'examen de la moelle, M. Luys a rencontré des troubles manifestes, notamment un état de prolifération annonçant une atrophie générale diffuse avec épaississement des membranes, surtout de la pie-mère. (*Soc. de biol.*, 12 juin.)

Association consécutive à la fièvre typhoïde. Au cinquième jour d'un état gastrique avec anorexie, langue saburrale, constipation, céphalalgie et courbature fébrile chez un homme de trente-six ans, soumis à l'observation de MM. Spillmann et Ganzinotty de Nancy, ayant eu une arthrite tibio-tarsienne subaiguë trois ans auparavant, plusieurs articulations sont prises simultanément : genoux, cous-de-pied, poignets,

coudes et épaules, l'obligeant de s'aliter. Sueurs profuses avec de petites vésicules miliaires sur tout le corps, le tronc et l'abdomen en particulier, avec température à 40°, délire agité, hallucinations persistantes la nuit. Toutes les autres articulations se prennent successivement avec tuméfaction, rougeur et douleur, fièvre et délire, les nuits suivantes, malgré le salicylate de soude. Celui-ci est remplacé par l'antipyrine le septième jour et les douleurs articulaires disparaissent immédiatement, mais la température s'élève d'un demi-degré avec trois selles diarrhéiques jaunes et agitation croissante. Néanmoins, le malade peut se lever, s'habiller, descendre et monter en voiture pour être transporté dans une maison de santé, sans aucune douleur articulaire. Effet ou non de l'antipyrine, les sueurs persistent avec selles diarrhéiques, agitation et délire nocturne, malgré l'usage de bains tièdes et d'un traitement topique et préventif d'un rhumatisme cérébral.

La continuité de la fièvre et de la diarrhée, malgré l'antipyrine, fait porter le diagnostic de fièvre typhoïde le vingt et unième jour, d'après le début de la maladie, la céphalalgie, l'agitation, le délire, la prostration, l'hébétude, le tremblement des mains et des lèvres. En effet, ces symptômes persistent avec le même traitement jusqu'au vingt-cinquième jour, puis la défervescence se manifeste et, malgré un retour des douleurs articulaires et le défaut d'appétit jusqu'au trente-septième jour, il devient impérieux ensuite, confirmant le diagnostic de fièvre typhoïde dont la manifestation rhumatismale n'aurait été qu'une complication comme dans les maladies infectieuses. Et cependant l'éruption miliaire précoce, l'éruption papuleuse tardive et un souffle systolique à la pointe du cœur, ne peuvent appartenir qu'au vrai rhumatisme et l'état des forces, le treizième jour d'une fièvre typhoïde, la contredit presque. Il est donc difficile de décider si ces deux maladies se sont développées simultanément ou si l'une d'elles a dominé l'autre. (*Revue de méd.*, octobre.)

Diagnostic par l'examen du sang. Dans tous les cas douteux, le professeur Hayem pratique l'examen du sang dans la petite cellule à rigole; l'augmentation de la proportion de fibrine résultant des recherches hématologi-

ques d'Andral et Gavarret, constatée par tous les observateurs ensuite, suffit à dissiper les doutes. Un garçon de vingt ans, robuste et bien musclé, présentait à son entrée dans le service un aspect ataxo-adynamique très prononcé avec fièvre, sans aucune détermination phlegmasique appréciable au cœur, aux poumons ni aux articulations. La fièvre typhoïde paraissait donc probable. Le réticulum fibrineux formé sur le sang empêcha ce diagnostic; il ne pouvait s'agir que d'une pneumonie ou d'un rhumatisme. Le délire léger et les phénomènes ataxiques firent diagnostiquer un rhumatisme prenant les allures du rhumatisme cérébral. Des bains froids, aspersions et affusions froides, en diminuant la température et les complications cérébrales, le justifièrent. Une arthrite aiguë du genou droit l'affirma; elle dura plus de deux mois et se termina par une demi-ankylose. (*Soc. méd. des hôp.*, janvier, et *Tribune méd.*, page 101.)

Complications cardiaques. Dans 4 cas de péricardite intense chez des rhumatisants, deux femmes, un garçon et une fille, dont les observations ont été recueillies à l'hôpital général de Boston, le docteur Samuel Abbot a administré d'emblée le salicylate de soude avec avantage comme s'adressant à une affection rhumatismale. 10 grains étaient donnés toutes les heures jusqu'à l'abaissement de la température, la disparition de la douleur et de tous les signes locaux, souffle, frottement, etc. Les meilleurs effets ont été obtenus de ce médicament et s'il est vrai que des applications locales de collodion cantharidé, des sinapismes, l'opium, ont coïncidé avec lui, son action n'a pas été moins prédominante.

Cette thérapeutique étant condamnée par la plupart des auteurs classiques anglais et américains sur ce sujet, ces quatre succès montrent l'importance de l'examiner de nouveau. (*Boston med. and surg. journ.*, n° 3.)

Des affections rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané, thèse présentée au concours d'agrégation à la Faculté de médecine de Paris par le docteur Chuffart; brochure in-8° de 197 pages. Paris, *librairie F. Alcan.*

L'œdème rhumatismal, sous toutes ses formes : primitif et secondaire, localisé et généralisé, éphémère et durable, est traité *in extenso* dans cette monographie, donnant d'une

manière exacte l'état de la science sur ce sujet. Des cas de sclérodermie, d'éléphantiasis et de rétraction de l'aponévrose palmaire sont cités ainsi, à côté des effets les plus bénins de cette complication.

Pseudo-rhumatisme. Sous ce titre, le docteur Dewèvre refait l'histoire générale des épidémies de dysenterie à complications rhumatoïdes, relatées séparément par tous les grands observateurs des derniers siècles et celui-ci en particulier. Envisageant tour à tour cette complication suivant les doctrines régnantes dont leur esprit était imprégné, ils en ont fait successivement une arthrite, des accidents rhumatoïdes, un rhumatisme secondaire et même intestinal. Après avoir analysé, examiné, discuté et critiqué ces différents points de vue et en se fondant sur 63 observations, il admet un état spécial et distinct de la dysenterie; tandis que son prédécesseur immédiat sur le même sujet faisait de ces déterminations articulaires, absolument distinctes du vrai rhumatisme, des manifestations contingentes de l'infection générale de l'économie, un pseudo-rhumatisme infectieux. (Voy. *année* 1883.) Pour lui, au contraire, elles sont l'expression d'une maladie absolument distincte, spéciale, infectieuse, différente du rhumatisme et n'ayant avec la dysenterie que des rapports d'opportunité. Il en décrit ainsi l'histoire didactique, d'après les faits connus, pour la faire entrer dans la nosologie sous ce nom de pseudo-rhumatisme. (*Archiv. de méd.*, janvier à octobre.)

S

SALPINGITE. Inflammation aiguë ou chronique de la muqueuse des trompes de Fallope, sécrétant un exsudat contenant beaucoup de globules de pus qui peut s'écouler par l'utérus au dehors, dit le docteur J. Olivier. Il peut aussi s'accumuler dans la trompe et la distendre. Le plus souvent, elle est secondaire et accompagnée d'inflammation hémorrhagique ou syphilitique et se développe rarement d'une manière indépendante chez les femmes strumeuses ou débilitées.

Une élévation de température avec accélération du pouls peut en marquer le début, mais la douleur et un écoulement purulent en sont souvent les seuls signes pendant des mois. La distension de la trompe par l'accumulation des liquides et les symptômes inflammatoires des tissus environnants en sont les meilleurs signes, par la douleur constante en résultant. Elle est continue et intermittente du côté malade, souvent même périodique. Le soulagement en se couchant de ce côté en est un signe. La station debout et la locomotion l'augmentent, comme le décubitus sur le côté sain. La ménorrhagie l'accompagne souvent. La miction en est rendue plus ou moins fréquente et douloureuse; il y a même rétention parfois. La diarrhée s'ensuit aussi, et la défécation est surtout douloureuse s'il y a constipation. (*British med. journ.*)

En voici une observation récente. Une ouvrière de vingt-deux ans est prise d'aménorrhée, puis d'accidents péritonitiques se reproduisant de 1883 à 1886 d'une manière rémittente. La douleur prédominante existait surtout à gauche, où l'on décela une tumeur mobile et comme pédiculée, du volume d'une pomme reinette. Une autre tumeur dure, lisse, arrondie, siégeait dans le cul-de-sac recto-utérin. Une ponction faite dans la première donna 350 grammes de pus sans bacille; mais la tumeur augmenta en tous sens en s'immobilisant. On crut alors à un kyste dermoïde enflammé.

Transportée à l'hôpital Bichat, service de M. Terrier, elle fut opérée par le professeur Trélat par une incision de 5 à 6 centimètres du pubis à l'ombilic. L'ouverture du péritoine découvre une tumeur très vasculaire, ayant un pédicule à la corne gauche de l'utérus et un autre aux vaisseaux utéro-ovariens. Circonscrite par deux ligatures, elle est enlevée, après l'excision de ses adhérences à des anses intestinales en arrière. Le diagnostic paraissait confirmé, lorsque l'examen anatomique montra une pyosalpingite. Sortie de l'hôpital avec fistule persistante hypogastrique, le 7 avril, cette opérée est prise le 17 juin de douleurs abdominales avec vomissements qui amènent la mort dès le lendemain matin. (*Revue de chir.*, n° 8.)

Une autre observation est communiquée par le docteur Elliot chez une couturière de trente-cinq ans, célibataire.

La menstruation est irrégulière, souvent douloureuse, jamais abondante. Leucorrhée ordinaire, défécation douloureuse, accès d'inflammation. L'examen montre l'utérus hypertrophié, douloureux, en rétroversion et immobile. Ovaires volumineux, douloureux, herniés, paraissant ne faire qu'un avec les trompes et l'utérus.

Après différents essais manuels et topiques restant inutiles, elle fut opérée le 24 avril par une incision de l'abdomen admettant deux doigts qui, en attirant les ovaires et les trompes, permirent leur résection. L'ovaire gauche était si adhérent qu'il fut seulement réséqué en partie; les trompes étaient très hypertrophiées, adhérentes, plus molles au toucher que l'intestin, et furent ainsi difficilement distinguées. Leur excision fut faite entre deux ligatures. A l'examen, les ovaires étaient légèrement hypertrophiés, durs et recouverts d'adhérences; les trompes profondément rouges, très molles, mesurant trois pouces et demi de long et aussi grosses qu'un petit doigt. Elles contenaient une sécrétion purulente épaisse qui put être difficilement évacuée.

La température ne s'éleva pas à 100° Fahr., la plaie guérit par première intention et la convalescence s'établit rapidement. Trois semaines après, l'opérée se levait, et elle avait gagné 16 livres en sept semaines. La menstruation ne se rétablit que le quatrième mois et est devenue régulière depuis. C'est donc une guérison indiscutable de salpingite. (*Suffolk med. Society*, 20 janvier, et *Boston med. and surg. journ.*, n° 15.)

Les pièces anatomiques de 4 salpingites catarrhales et de 4 pyosalpingites, extirpées à la clinique obstétricale du professeur A. Martin, ont été présentées à la réunion des médecins allemands (*septembre*).

L'excision des annexes de l'utérus, avec les progrès de la chirurgie gynécologique et l'emp'oi journalier de la laparotomie, semble devenir aussi usuelle qu'elle était rare et redoutée avant les prouesses de Battey en Amérique et de M. L. Tait en Angleterre. Il s'agit seulement ici de l'excision des trompes, il est vrai; mais il est rare qu'elle ne comprenne pas l'ovaire. Rien n'est plus commun que l'enlèvement de celui-ci par son état kystique, et dès lors la trompe correspondante devient inutile.

Le docteur Gaillard Thomas a popularisé cette opération de L. Tait aux États-Unis depuis trois ans, et dès que la trompe contient du pus, il n'y a pas d'objection à l'enlever. Or, elle est atteinte dans toutes les maladies chroniques de l'ovaire, suivant Tait; mais le docteur Coe contredit cet axiome par ses investigations. Si la pyosalpingite ou hydrosalpingite est réelle, il en est autrement de la salpingite catarrhale et d'autres états pathologiques nullement établis. Dans des cas où le diagnostic de ces affections avait déterminé l'excision de ces organes, un examen anatomique postérieur lui a montré une simple hyperémie avec une épaisse couche de mucus pouvant exister dans une trompe parfaitement normale, sans aucune trace d'inflammation. Tant qu'elle est perméable et que la muqueuse peut remplir sa fonction, cet organe est sain, malgré quelques adhérences de son extrémité.

Si la pyosalpingite existe dans un cinquième environ des cas opérés par Tait, l'hydrosalpingite est beaucoup plus rare, et l'hémosalpingite encore davantage. La douleur attribuée souvent à une maladie de la trompe est généralement due à une péritonite localisée ou à une névralgie pure et simple. L'excision résulte souvent de ce que les laparotomistes américains n'observent pas assez longtemps ces cas. Le résultat de l'opération est publié trop vite, car en attendant de six mois à deux ans, il n'en résulte souvent aucune amélioration, comme l'a prouvé l'enquête faite à l'hôpital des femmes de Liverpool. (Voy. OVARIOTOMIE.)

Une véritable croisade est ainsi entreprise aux États-Unis contre cette opération. Si la péritonite est souvent rencontrée avec la salpingite, celle-ci en est aussi la cause, d'après le docteur Polk. Sur 300 cas observés par le docteur Mundé dans sa pratique et à l'hôpital, 117 seulement étaient des exemples d'ovarite et de salpingite combinées avec la péritonite; ces trois conditions coexistent presque toujours. 212 cas de son observation étaient de simples ovarites sans complications. Il admet que les maladies des annexes de l'utérus sont aussi fréquentes que Tait et ses partisans l'ont dit, mais sans que l'opération soit aussi souvent nécessaire. La dilatation de la trompe par du liquide à l'intérieur n'est pas aussi commune qu'on le suppose; il n'en a rencontré

que 8 cas, et, dans 4, il a aspiré et retiré du sérum aqueux ne contenant pas d'épithélium ciliaire. Tant que les chirurgiens américains ne pourront pratiquer la laparotomie sans exposer la vie de l'opérée, elle ne doit être faite, suivant lui, qu'avec une connaissance certaine de l'état pathologique, et limitée le plus possible. Il a toujours réprouvé l'excision des ovaires normaux.

Il y a sans doute encore des apologistes de l'opération de Tait en Amérique, mais les gynécologistes les plus autorisés s'élèvent aujourd'hui contre elle ou du moins contre son emploi irréfléchi. (*The New-York acad. of med.*, 1er avril.)

En exposant les principes de son opération, M. Lawson Tait s'élève contre le terme de *spaying* ou castration, qui lui est donné par Spencer Wells. Sa mortalité n'est pas de 14 1/2 pour 100, comme ce dernier l'a établi, mais de 2 seulement pour sa pratique. Dans les cas de dysménorrhée et de névralgie ovarienne ayant résisté au traitement, quand la vie ou la raison sont en danger, l'opération peut être limitée suivant la position sociale des malades. Chez les femmes ayant à travailler pour vivre, il y a nécessité d'en étendre plus l'emploi que dans les autres positions. L'excitation nerveuse ou la manie ne la rendent pas nécessaire, excepté l'épilepsie menstruelle, et ses conséquences peuvent être expliquées aux malades raisonnables. Le diagnostic de lésions irréparables des ovaires est très possible, comme il en a donné la preuve en la pratiquant dans des centaines de cas depuis 1871. La fréquence des maladies des trompes est démontrée par 4 décès survenus à l'hôpital de la Reine Charlotte, alors que les malades étaient considérées comme atteintes de fièvre puerpérale. Autrement, sa règle est de ne pas enlever les ovaires jusqu'à ce que les tumeurs menacent la vie. Depuis 1878 que la diminution de la mortalité a permis l'intervention des nouveaux principes, cette opération doit être appelée oophorectomie ou opération de Battey, ou tout autre nom qui ne signifie pas que c'est l'extirpation des ovaires sans une altération qui en rende la fonction impossible. Mais on lui a reproché immédiatement de ne pas établir clairement les cas ni les principes rendant cette opération nécessaire. (*Med. Society of London*, 1er novembre.)

Le scandale de cette pratique est si grand en Angleterre qu'une opérée de l'hôpital des femmes à Liverpool, Mrs Casey, a traduit en justice le docteur Imlach en réclamant des dommages-intérêts pour l'avoir soumise, sous le nom d'ovariotomie, à une opération qui lui a fait perdre les attributs de son sexe sans l'avoir prévenue de ce résultat. De 1881 à 1884, elle avait eu trois accès de douleurs dans le bas-ventre, qui, traités médicalement, s'étaient guéris. On diagnostiqua cette fois une hématocèle intra-péritonéale ou hématosalpingite, pour laquelle l'oophorectomie ou excision des ovaires fut pratiquée. M. L. Tait, appelé comme témoin de l'inculpé, affirma que l'hématocèle intra-péritonéale était fatale dans 95 cas sur 100, si elle n'était pas opérée rapidement, étant parfois mortelle en trois heures. Sur quoi le juge objecta que l'opérée avait eu précédemment trois accès successifs, et aucun n'avait été fatal sans opération. C'est un cas unique, répliqua le chirurgien, et le jury lui donna raison en l'acquittant. Mais le docteur Grimsdale n'en a pas moins établi l'abus croissant de cette opération : 111 femmes ayant été castrées dans cet hôpital en 1885, et 44 l'année précédente. D'où la condamnation par les plus hautes autorités chirurgicales de cet emploi fréquent dans une ou deux villes seulement du Royaume-Uni. C'est devant cette fréquence abusive que les gynécologistes américains ont réagi, en montrant que des ovaires étaient souvent enlevés dans un état parfaitement sain. (*Lancet*, 14 août.)

Ces opérations se naturalisent aussi en France parmi les jeunes chirurgiens. Chez une femme présentant des accidents hystériques assez graves, M. Terrier pratiqua ainsi l'opération de Battey le 9 février. Sa vie fut un moment en danger par des complications sérieuses; mais elles se calmèrent et, le 27 avril, cette femme quittait l'hôpital.

Depuis, elle perd régulièrement tous les mois moins abondamment qu'auparavant. Une crise de nerfs d'une heure est survenue à la fin de novembre entre ses règles. Ce n'est donc jusqu'ici qu'une amélioration et il n'y a pas lieu de compromettre la vie pour un si mince résultat. Dans un cas semblable, il a suffi à M. L. Championnière de libérer les ovaires des adhérences qui les entouraient pour obtenir cette amélioration, car, dans la majorité des

cas, les accidents ne disparaissent pas complètement. Elle a été pratiquée deux fois par M. Monod pour un corps fibreux de l'utérus et des accidents menstruels produits par une imperforation du col. Il fut impossible ici d'enlever les ovaires; mais depuis qu'ils ont été excisés avec les trompes par M. Pozzi, la femme n'est plus réglée. (*Soc. de chir.*, 8 décembre.)

Tel est le bilan. Mieux valait encore la clitoridectomie, imaginée contre ces accidents par Baker Brown, qui ne parvint pas à la faire accepter en Angleterre ni en France, il y a un quart de siècle.

Hématosalpingite. Une femme de trente-deux ans ayant eu quatre enfants, dont le dernier avait un an, éprouve brusquement tous les signes d'une hématocèle rétro-utérine à l'époque menstruelle. Les règles deviennent ensuite de véritables pertes. Au toucher, M. Terrillon constate une tumeur lisse, tendue, élastique, siégeant dans le cul-de-sac postérieur et nettement indépendante de l'utérus, mais se prolongeant dans le ligament large. Elle est perçue également par le rectum, sans que le doigt puisse atteindre sa limite supérieure. Troubles de la défécation. Une lésion des annexes de l'utérus étant évidente, la laparotomie est pratiquée et, la ponction de la tumeur donnant seulement quelques gouttes de sang noir, les adhérences sont décollées, le kyste sanguin attiré en avant et enlevé. Ablation de l'ovaire gauche avec deux tumeurs, dont un kyste séreux, formées à ses dépens. Ovaire droit sain. Lavage complet de la cavité pelvienne à l'eau bouillie et filtrée. Huit sutures profondes. L'opération avait duré une heure dix minutes.

L'écoulement hémorrhagique cessa dès le troisième jour et, huit jours après, la malade se levait. Les signes étaient bien ceux de l'hématosalpingite de Lawson Tait. tels qu'ils ont été relatés dans l'observation précédente. Il faudra en tenir compte à l'avenir. Mais l'opération est délicate et pénible en procédant presque à l'aveugle. (*Idem.*)

SANG. Sa richesse ne pourrait être déterminée exactement par le fer qu'il contient, comme on l'a cru depuis que cet élément chimique a été découvert dans ce liquide par

Cardan, au XVIIe siècle. La faible quantité de 30 à 45 millièmes qui s'y trouve exige, pour évaluer cette richesse, d'avoir des quantités considérables de sang à sa disposition. Ce n'est donc pas un procédé clinique.

En démontrant que l'hémoglobine, ou matière colorante des globules rouges, formant la septième partie du sang, contenait presque la totalité de ce fer, Hoppe-Seyler facilita ce procédé en agissant exclusivement sur cette oxyhémoglobine, dont la formule chimique a pu ainsi être établie. Mais les analyses n'ont jamais été en parfait accord.

En obtenant de 200 à 520 grammes d'oxyhémoglobine avec des quantités de 9, 10 et jusqu'à 20 litres de sang de cheval, Zinoffsky a trouvé 1 atome de fer pour 2 atomes de soufre dans ce sang. D'où l'indication pratique de ne plus chercher à reconstituer le sang avec le fer seulement, mais d'y adjoindre le soufre en proportion supérieure. La médication thérapeutique n'est donc plus rigoureuse et doit être changée, d'après le docteur Hénocque, suivant ces nouvelles données. (*Gaz. hebdom.*, n° 3.)

Action du sulfure de carbone. 12 lapins, intoxiqués par MM. Kiener et Engel dans les conditions les plus variées avec cet agent, ont constamment présenté dans le sang encore chaud une altération du globule rouge consistant dans sa déformation. Sa fragmentation n'a pu être constatée dans le sang vivant. L'urine ne renfermait pas d'hémoglobine dissoute, et l'unique cas d'hématurie passagère résultait de l'irritation rénale. La méthémoglobine était également absente, de même que le pigment mélanien. Il y avait, après la mort, un pigment particulier dans certains organes, qu'ils appellent ferrugineux, comme résultant de l'altération morphologique du globule sanguin. La vitalité de celui-ci est donc altérée par le sulfure de carbone. (*Acad. des sciences*, 9 août.)

Examen pour le diagnostic du rhumatisme. Voy. RHUMATISME.

Inhalation. Chez les anémiques tolérant mal les préparations ferrugineuses, M. Fubini emploie en inhalation la solution suivante.

Solution de chlorure de sodium à 75 p. 100..... 80 parties
Sang défibriné..... 20 —

Le pulvérisateur ordinaire suffit à ces inhalations, qui peuvent être répétées cinq à six fois par jour pendant un quart d'heure. 20 centimètres cubes de sang défibriné sont ainsi employés à chaque séance. En faisant plusieurs inspirations profondes ensuite, de légers vertiges ont lieu, qui disparaissent en se couchant ou en buvant un verre de vin. L'absorption de l'hémoglobine a lieu ensuite certainement à la surface des voies respiratoires par le bien-être des malades.

Un moyen simple et facilement applicable pour conserver le sang liquide est employé par un étudiant du laboratoire du professeur Stricker : Ernest Freund. C'est d'oindre d'huile pure la paroi interne du verre qui doit le recevoir. Il suffit ainsi d'en recouvrir la surface exposée à l'air avec une feuille de papier huilé pour qu'il conserve longtemps sa fluidité sans se coaguler. Du sang frais peut se conserver ainsi plusieurs jours. Cette application triviale d'une loi physique pourra donc être aussi utile aux recherches qu'à la pratique, notamment pour la transfusion.

SARCOMES. L'examen histologique, qui caractérise actuellement ces cancers, en fait négliger le diagnostic clinique. N'ayant servi qu'à les confondre longtemps avec les cancroïdes, les épithéliomes, la certitude scientifique n'y fait plus guère porter qu'une attention distraite. On attend l'opération pour en décider, comme le fait suivant en est la preuve.

Sarcome primitif de la peau. Au mois de mai 1885, le docteur Defontaine, du Creusot, présentait un malade atteint d'un ulcère du dos en demandant avis sur sa nature. MM. Trélat, Tillaux, Lucas-Championnière pensèrent à la syphilis; M. Verneuil diagnostiqua un épithélioma ulcéré, et M. Terrier eut l'idée d'une ulcération tuberculeuse. Un traitement antisyphilitique ne donnant pas de résultat, la tumeur fut enlevée au thermo-cautère. L'examen histologique fait par M. Malassez constate tous les éléments du

sarcome fasciculé. Dix mois après la cicatrisation, l'ulcération reparaît et l'on rugine les parties osseuses sous-jacentes.

Dans son rapport sur ce fait, M. Terrier insiste sur la rareté de ce sarcome, et M. Trélat objecte en avoir enlevé une douzaine. M. Pozzi a enlevé un sarcome cutané primitif, gros comme une mandarine, sans récidive depuis cinq ans; mais le rapporteur remarque que plusieurs de ces cas pouvaient bien être des fibromes en voie d'évolution, et comme preuve de son opinion, c'est qu'aucun des membres présents n'a pensé au sarcome, lors de la présentation du malade. On voit combien ce diagnostic clinique est incertain. (*Soc. de chir.*, 8 décembre.)

Sarcome traumatique des os. Un homme de vingt-neuf ans, bien constitué, se contusionne fortement le bras droit au commencement de 1885. Un an après, le bras est devenu impotent et difforme, et le docteur Thomas (de Tours) constate sa forme en fuseau correspondant à la partie moyenne de l'humérus. Fluctuation manifeste de la tumeur donnant l'idée d'un abcès sous-périostique. Une ponction exploratrice retire 500 grammes d'un liquide brunâtre de sang altéré. L'absence du squelette de l'humérus fait diagnostiquer une tumeur vasculaire. Deux ponctions successives sont nécessaires à quinze jours d'intervalle, donnant chaque fois 5 à 600 grammes du même liquide. Le moignon de l'épaule est devenu volumineux. La désarticulation est faite avec des suites bénignes.

L'examen anatomique montre l'aspect réticulé du périoste formant la face interne de la poche. Il ressemble à la paroi interne d'une vessie à colonnes. Les cavités osseuses y aboutissant sont creusées en entonnoir, la raréfaction osseuse s'étant produite du canal médullaire à la périphérie. Deux petites tumeurs charnues appendues dans la poche ont la structure du sarcome fasciculé, d'après l'examen histologique.

La récidive de ces tumeurs est la règle. Une survie de dix ans est exceptionnelle. Le traumatisme est souvent la cause de ce sarcome, dit M. Lucas-Championnière. Un jeune enfant tombe d'un arbre, et, observé quelques semaines ensuite, il présente une tumeur volumineuse au niveau du genou droit. C'était un sarcome de l'extrémité supérieure

du tibia. La cuisse est amputée, et, deux mois ensuite, il y avait récidive dans le moignon, puis dans l'os iliaque et les deux poumons. Mort rapide.

Deux observations de M. Polaillon confirment cette récidive rapide. Deux mois après la résection externe des trois quarts de la clavicule, chez un garçon de dix-huit ans, une récidive dans le bout interne et les ganglions exige une nouvelle opération du sarcome qui, en envahissant le flanc et les poumons, entraîne la mort. La désarticulation de l'épaule, faite contre un sarcome de l'extrémité inférieure de l'humérus, chez un homme de cinquante-six ans, n'avait pas amené de récidive au bout d'un an.

Un opéré de M. Marchant en était exempt deux ans après. (*Soc. de chir.*, 21 avril.)

Sarcome de l'amygdale. *Effet curatif de l'érysipèle.* Voy. ÉRYSIPÈLE.

Sarcome de la tunique vaginale. Voy. CANCER.

Sarcome du nerf poplité interne. Un mineur de quarante ans est admis à l'hôpital, le 28 janvier, pour un gonflement derrière le genou droit et des douleurs dans toute la jambe. Il l'a noté il y a quatre mois, et le volume et les douleurs vont croissant. Le docteur Hume constate une tumeur de la partie inférieure de l'espace poplité dans la ligne moyenne, s'étendant jusqu'à l'arc du gastro-cnémien. Elle est mobile sous l'aponévrose profonde, la jambe étant fléchie; fixe ou à peine mobile latéralement, si elle est étendue. Douleur lancinante à la pression.

L'excision, faite le 4 février, montre une tumeur molle, ovale, très vasculaire, intimement imbriquée dans les fibres du nerf poplité interne avec le nerf saphène la recouvrant. Aucune adhérence avec les vaisseaux adjacents. Le nerf fut disséqué au-dessus et au-dessous, une partie du tronc étant enlevée avec la tumeur dans une longueur de trois pouces et demi. La plaie guérit lentement sans complications, et l'opéré retourna à ses occupations.

Le microscope montra un sarcome fasciculé. (*Lancet*, 21 août.)

SCARLATINE. *Origine bovine.* On est très porté, en Angleterre, à rechercher l'origine des maladies épidémiques et contagieuses dans l'usage d'un lait altéré ou corrompu. Après la fièvre typhoïde, la scarlatine en est taxée à la suite d'une épidémie ayant sévi à Londres en 1885, dans le quartier *Marylebone*. Les habitants s'alimentant du lait provenant de la métairie de Hendon, qui en vendait à trois fournisseurs, une enquête très sévère, faite dans cette localité, établit que la ferme, d'une tenue irréprochable, en était absolument exempte et que la scarlatine n'avait apparu que dans des habitations éloignées. Mais le lait vendu provenait surtout de trois vaches ayant vêlé récemment, et dès lors l'épidémie y fut rapportée. Le docteur Klein ayant trouvé des ulcérations du pis chez plusieurs de ces vaches amaigries, à la respiration fréquente, et un microcoque particulier de ces ulcérations, inoculé à un veau, ayant amené une éruption analogue à la scarlatine, c'en fut assez pour y rapporter l'épidémie de Marylebone, bien que d'autres quartiers, approvisionnés du même lait, soient restés absolument exempts. Telle est la relation transmise par le docteur Laure. (*Lyon méd.* et *Gaz. méd. de l'Algérie*, n° 15.)

Incubation instantanée. Après l'observation de Trousseau, où deux sœurs venant de Londres et de Pau se transmettaient la scarlatine en vingt-quatre heures, dont l'aînée était atteinte, en voici une analogue. Un militaire entre à l'hôpital avec un aspect franchement scarlatineux et est placé à côté d'un phtisique. Dans la nuit même, celui-ci éprouve de la douleur dans l'arrière-gorge, signe de l'angine dont l'autre était frappé. Le lendemain, à la visite du docteur Marboux, il présentait tous les symptômes évidents de la scarlatine. Si la vulnérabilité de ce phtisique peut être invoquée en faveur de cette transmission instantanée; s'il est possible même que le scarlatineux l'ait éclaboussé en toussant des débris de son angine pultacée, il n'en est pas moins réel que cette fièvre éruptive a eu un résultat très favorable sur la lésion pulmonaire. Fait aussi extraordinaire que l'incubation, car c'est presque toujours d'une manière funeste qu'elle intervient dans la phtisie. (*Gaz. hebd.*, n° 24.)

Elle peut être aussi tardive, comme un exemple en a été observé à la clinique du professeur Jaccoud chez un garçon de vingt ans, pris soudainement de courbature fébrile et mal de gorge. Cet état diphtéritique dure neuf jours, puis de vives douleurs se déclarent dans les genoux et une éruption scarlatineuse apparaît simultanément. Au douzième jour, éruption énorme de miliaire purulente qui s'atténua bientôt, alors que le cycle diphtéritique continuait son cours jusqu'au trente-deuxième jour, en maintenant un état général et local des plus graves.

La période prodromique prolongée étant admise, comme Trousseau, Gintrac et d'autres observateurs ont vu l'éruption n'apparaître qu'au huitième, au neuvième jour, il est rationnel d'y rapporter toutes les complications de ce cas rare. (*Journ. de méd. et chirurg. prat.*, septembre.)

Anurie du début. Inconnue et passée sous silence par la généralité des auteurs français et étrangers, aussi bien classiques qu'originaux de 1830 à 1860, cette complication précoce, durant l'éruption même, n'est signalée nulle part. C'est ce qui ressort des recherches bibliographiques de l'observateur du premier exemple, le docteur Juhel-Renoy, et même des lésions anatomo-histologiques de la néphrite scarlatineuse, consignées dans les auteurs classiques, d'après l'analyse qui en est faite à propos de cette curieuse observation.

Une domestique de seize ans, bien réglée et d'une santé parfaite, entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 23 août, avec une éruption et une angine scarlatineuse, des urines normales en quantité et sans albumine. Rien d'anormal jusqu'au 26, et, quoique soumise exclusivement au régime lacté, elle est prise de douleurs bilatérales des reins avec vomissements dans la nuit, et ne rend que quelques grammes d'urine. Douze heures après, le cathétérisme n'en rencontre pas une goutte dans la vessie. L'absence de fièvre et l'anurie complète persistent les 27 et 28, malgré un purgatif salin. 10 grammes d'urine trouble sont évacués par la sonde le soir du 28 seulement, laquelle se coagule en masse par la chaleur. Les douleurs rénales persistent sans aucun autre phénomène morbide, et, malgré les diurétiques, des onctions huileuses de la peau, des grands bains chauds de 45 minu-

tes, le cathétérisme reste infructueux jusqu'au 1er septembre, où un léger œdème des jambes apparaît. Il augmente jusqu'au soir et la malade succombe après quelques rares convulsions dans la nuit.

L'absence absolue d'aucun symptôme urémique pendant les sept jours d'anurie et l'état général excellent firent considérer la malade comme hystérique, surtout avec l'apparition de l'anesthésie pharyngée et la douleur ovarienne. La mort et une autopsie minutieuse, l'examen histologique des reins, établirent le contraire. Il y avait obstruction mécanique des vaisseaux du rein par des infarctus de nature parasitaire, comme les planches le mettent en évidence. L'étendue et la bilatéralité de ces lésions, en formant un barrage presque total des glomérules, en empêchent la sécrétion par l'embolie complète des artères. L'examen minutieux du cœur et de l'appareil valvulaire des gros vaisseaux ayant montré leur intégrité parfaite, on en est réduit à admettre un peu hypothétiquement la présence de corps étrangers, de micrococcus provenant du sang, comme la cause de ces thromboses capillaires. (*Arch. de méd.*, avril.)

L'étiologie du froid est rejetée et bafouée ici et il n'est pas parlé des menstrues dans cette longue observation. Ayant eu la douleur d'observer un cas semblable chez une fille de seize ans, réglée, morte de convulsions urémiques, je me suis toujours repenti de ne pas avoir agi énergiquement par des déplétions sanguines au début, à défaut d'avoir pu rappeler les règles. N'est-ce pas là le fait principal, à cet âge, d'après cette observation même ?

Prurit. L'éruption est souvent accompagnée de ce phénomène, observé et signalé par le docteur Le Guellant dans sa thèse inaugurale (*Paris*, 1886). D'après les faits signalés, il correspond à la période d'invasion, c'est-à-dire deux jours environ avant l'apparition de l'exanthème. Croissantes en intensité, ces démangeaisons continuent et restent très vives pendant toute la période de l'éruption qu'elles suivent, à mesure qu'elle gagne des points nouveaux. Elles se calment seulement à son apogée pour décroître graduellement jusqu'à disparition.

Dans quelques cas, ce prurit s'accompagne d'une véri-

table éruption d'urticaire qui peut en imposer pour le diagnostic. D'où le danger de commettre une erreur. Il y a donc lieu, lorsque cette dernière éruption ortiée apparaît brusquement, sans cause appréciable ni motif la justifiant, avec élévation considérable de la température, d'être réservé et attendre; ce peut être le début d'une scarlatine.

Éruption consécutive. Le quatorzième jour d'une scarlatine, le docteur J. Pollock observa une éruption secondaire ressemblant à la scarlatine chirurgicale ou au début d'un herpès aigu. La couleur cuivrée semblait en indiquer la nature septique et cette origine est d'autant plus probable que l'angine du malade persistait et que cette épidémie de scarlatine à Marylebone était attribuée à l'usage d'un lait altéré. (*Lancet*, 6 et 13 mars.)

Hydrocèle. Cette complication non signalée a été observée par le docteur Depasse, chez un enfant de neuf ans, arrivé au vingt-troisième jour d'une scarlatine régulière. Sans que rien pût l'expliquer, un gonflement du scrotum se produisit, gros comme une orange et un peu douloureux. C'était une hydrocèle gauche très transparente. L'enfant n'avait pas quitté le lit, ne s'était pas heurté les testicules et n'avait d'ailleurs pas cessé un instant d'être gardé. Au bout d'une huitaine de jours, toute trace d'épanchement avait disparu, le testicule et l'épididyme étaient intacts.

On pourrait être tenté de ranger à côté de cette observation celle d'Heurteloup où il s'agissait d'une inflammation du testicule survenant au sixième jour d'une scarlatine et déterminant consécutivement un épanchement. Cette observation a été appelée par Reclus testicule scarlatineux; mais ici, le testicule n'a été ni malade, ni gros, ni douloureux, et l'épanchement a été primitif. (*Revue des malad. de l'enfance.*)

Paralysie consécutive. Un cas en a été observé par le docteur Willems de Gand; ce qui fait le sixième, d'après ses recherches dans la littérature médicale. Ils étaient caractérisés, en raison de leur forme clinique, par l'hémiplégie, la paraplégie, l'aphasie et la paralysie. (*Ann. de la Soc. de médecine.*)

Isolement. Deux petites épidémies en ayant été observées à l'hôpital des Enfants malades, le docteur Ollivier signale le danger qu'elles se renouvellent par la manière défectueuse dont les scarlatineux sont soignés dans les hôpitaux d'enfants. A l'Enfant Jésus, ils sont placés dans les salles communes; aux Enfants Assistés, l'isolement consiste en six à huit lits placés séparément; à l'hôpital Trousseau, on a cloisonné les salles existantes où ils sont placés avec le même personnel que pour les autres malades. L'obstacle à la contagion est donc illusoire. (*Soc. de biol.*, 16 mars.)

Bains froids. Deux cas en ont été traités avec succès par le docteur Mollière à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Leur durée fut de 5 à 8 minutes seulement à la température de 22° à 26°. Malgré des angines graves, les malades n'ont éprouvé aucune complication et ont parfaitement guéri. (*Lyon méd.*, p. 541.)

SCLÉROSES. Leur constatation est peu de chose; en connaître l'origine serait bien plus intéressant. Elle a été attribuée à l'inflammation lorsqu'on la voyait partout, sans avoir pu en faire la preuve incontestable. Le crédit de cette doctrine a décliné avec celui de l'inflammation elle-même et c'est en étudiant celle-ci dans ses moindres détails que l'on paraît revenir à cette étiologie, comme en voici un exemple.

Scléroses dystrophiques. *Pathogénie.* Après MM. Lancereaux et Huchard, ayant démontré l'existence d'une affection artérielle généralisée dans la sclérose du rein, le docteur H. Martin invoque l'endartérite oblitérante progressive comme la cause de ces scléroses. C'est donc la périartérite ou l'*arterio capillary fibrosis* des Anglais. Rappelant tous ses travaux sur l'étiologie de cette endartérite (Voy. *année* 1881) et les diverses observations qui s'y sont montrées favorables, l'auteur énumère l'athérome artériel et les lésions cardiaques constatées à la suite de cette endartérite, dans le rein d'abord, les poumons, le foie, la rate et tous les autres viscères, le système cérébro-spinal en particulier. Il ne s'agit donc plus de l'inflammation macroscopique, *grosso modo*, visible à l'œil nu, mais de cette

inflammation microscopique qui est plutôt soupçonnée que démontrée. Tel est le caractère de cette pathogénie. (*Revue mens. de méd.*, janvier.)

C'est à démontrer le rôle de l'artério-sclérose, d'après les auteurs et les observations précitées, que le docteur Isnard arrive à la même conclusion. Il n'y a donc rien de nouveau de part ni d'autre, c'est une simple revue des divers matériaux propres à étayer plus solidement cette doctrine. Il signale le moyen de faire le diagnostic précoce de ces scléroses, d'après les symptômes même de l'artérite proliférante, et les agents thérapeutiques propres à les prévenir ou les guérir. On comprend que les eaux minérales en soient les principaux, dont les plus utiles sont La Malou, Vichy, Vals, Balaruc, La Motte, Bourbonne-les-Bains, Bourbon-l'Archambault, Wiesbaden, Hombourg, Aulus et toutes les eaux alcalines et salines. (*Archiv. de méd.*, février.)

Sclérose des corps caverneux. Sa fréquence relative, en l'ayant fait citer depuis longtemps sous différents noms, à cause même de l'organe qui en est le siège, conduit le docteur Mauriac à la diviser en quatre catégories distinctes, d'après ses causes probables : spontanée, blennorrhagique, syphilitique, arthritique ou diabétique. La première est fort problématique, d'après trois observations où il existait une affection vénérienne : blennorrhagie et chancre dans deux, reste donc une seule observation en faveur de cette variété.

La seconde compte, au contraire, jusqu'à six exemples très probants; la troisième trois seulement et la quatrième un seul pour chaque maladie observée, mais en y ajoutant quatre observations étrangères à la fin. Dans ce total de 18 cas, l'action de la blennorrhagie, provoquée souvent par tous les excès et les abus vénériens, en est donc la principale cause; tandis que celle de la syphilis est la moins démontrée au profit de l'arthritisme dont les observations étrangères, publiées récemment, tendent à en faire une affection diathésique. D'après ces faits, l'auteur a pu tracer un tableau didactique de cette sclérose qui permettra, à l'avenir, de mieux la connaître sous ces différents aspects et la médication à y opposer..... sans succès. (*Gaz hebd.*, nos 37, 38 et 41.) Voy. Syphilis.

SCROFULOSE. Cette maladie, qui tend à s'effacer et disparaître du cadre nosologique, est ainsi désignée actuellement pour mieux en montrer le diminutif. La vraie scrofule est confondue avec la tuberculose, lorsque le bacille de celle-ci se rencontre. Toutefois une réaction très marquée a lieu contre cette opinion par les cliniciens et voici que les expérimentateurs apportent des preuves à l'appui pour mieux la distinguer.

Inoculation du bacille. En étudiant les types des scrofulides bénignes : impétigo, acné pilaris des paupières, etc., MM. Duclaux et Boucheron y ont trouvé des microcoques qui, cultivés et préparés dans des bouillons, ont donné lieu, chez le lapin, à des lésions qui représentent l'impétiginose interne expérimentale : exsudats remplis de microcoques séreux ou fibrineux et quelquefois purulents des articulations; péricardites, pleurésies, péricardites peuplées de microcoques, abcès divers, etc., toutes lésions qui rappellent les accidents déjà notés en clinique comme dépendant de la scrofulose interne. Les voies naturelles sont peu propices à l'introduction pathogène de ces microcoques.

MM. Verneuil et Bouchard font remarquer que la scrofule ne donne pas lieu d'ordinaire à des lésions viscérales aussi graves et aussi nettes, et qu'il se pourrait bien que ces lésions fussent dues à l'introduction dans l'économie, par la lésion impétigineuse servant de porte d'entrée, d'autres microbes pyogènes; ce qui d'ailleurs se voit assez souvent pour d'autres affections microbiennes. A la vérité, répond M. Boucheron, ce n'est pas possible; mais la localisation des lésions musculaires dans le muscle psoas, rencontrée chez beaucoup des animaux en expérience, est en quelque sorte pathognomonique de la scrofule expérimentale, et peut-être pourrait-on expliquer ainsi la déviation de la colonne vertébrale chez un certain nombre de jeunes scrofuleux, sans mal de Pott appréciable ; — hypothèse que M. le professeur Herrgott trouve un peu excessive. (*Association française*, 15 août.)

Au contraire, M. Arloing a démontré expérimentalement que le tubercule pulmonaire infecte le cobaye et le lapin, tandis que la scrofulose ganglionnaire vraie ne produit

point de lésions viscérales sur ce dernier animal. Mais avant de conclure à la distinction spécifique des deux processus, il a cultivé la scrofulose sur deux générations successives de cobayes, cet animal en étant atteint avec un caractère particulier de malignité. L'expérience a été nulle, la virulence n'a pas été augmentée pour le lapin, ni modifiée pour le cochon d'Inde.

En inoculant simultanément des lapins et des cobayes avec les liquides d'affections osseuses et articulaires de tuberculoses locales ou chirurgicales de l'homme, ceux-ci offrent les altérations classiques de la tuberculose généralisée, tandis que les lapins présentent seulement une petite collection purulente ou de fines granulations au point d'inoculation, comme après une simple inoculation scrofuleuse. Mais si la tuberculose ainsi provoquée chez le cobaye est inoculée au lapin, une tuberculose pulmonaire en résulte presque toujours. Une tuberculisation manifeste a lieu ainsi sur les deux espèces, surtout après deux cultures sur le cobaye. L'organisme de celui-ci augmente donc la virulence du virus tuberculeux affaibli et n'exerce pas d'influence sur celui de la scrofulose ganglionnaire. Confondre la tuberculose et la scrofule en une seule affection est donc impossible, leur différence étant établie par ces expériences. En admettant qu'elles dérivent d'un même agent : le bacille tuberculeux à des degrés variés d'activité, il faut reconnaître qu'il est encore plus éloigné dans la scrofule ganglionnaire vraie que dans les tuberculoses locales ou chirurgicales souvent améliorées et même guéries par l'art, par le fait même qu'elles sont des manifestations de la scrofulose. (*Acad. des sc.* et *Revue mens. de méd.*, février 1887.)

Les inoculations de produits tuberculeux pris sur des cadavres humains pendant les grandes chaleurs et légèrement putréfiés, faites sur des lapins et des cobayes par le docteur Daremberg, viennent à l'appui des précédentes : tandis que le lapin en est tué en vingt-quatre à quarante heures après inappétence, anhélation, abattement, diarrhée, couvulsions, paralysie, salivation sanglante, les cobayes sont rarement atteints par ce virus : 3 sur 24 seulement.

L'autopsie des lapins montre une infiltration séro-sanguinolente dans le tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire, autour et très loin du point d'inoculation, des ecchymoses

musculaires, de petites hémorrhagies en piqueté sur la surface des intestins, des foyers apoplectiques pulmonaires, des infarctus du foie, une rate grosse et noire. Quelquefois des épanchements séreux ou fibrineux dans le péritoine et la plèvre, toujours de grosses coagulations veineuses un peu partout, surtout dans les sinus de la dure-mère et les veines de la pie-mère, souvent de véritables pachyméningites encéphaliques et médullaires. C'est donc une véritable septicémie.

Fraîches ou desséchées de 1 à 20 jours, les moelles de ces lapins tuent les lapins en vingt-quatre à quarante heures : leur toxicité diminue ensuite au point d'être nulle au vingt-cinquième jour. La vapeur de divers acides n'atténue pas cette toxicité, tandis que l'iodoforme, le phénol, l'ammoniaque retardent la mort de un à deux jours et d'autres agents enlèvent même le pouvoir toxique de ces moelles.

Au contraire, la moelle des cobayes tués, toxique pour leur espèce, ne tue les lapins qu'en six à huit jours; en 30 à 40 après trois passages et après une dizaine en cinq heures seulement. D'où la démonstration que la réceptivité des virus et du microcoque qui les caractérise est aussi différente chez ces deux animaux. (*Soc. de biol.*)

Distinction clinique. D'après l'observation du professeur Castan (de Montpellier), la scrofule est très fréquente dans le Midi, tandis que la tuberculose ne l'est pas plus qu'ailleurs. La dualité est donc évidente. La première constitue un terrain favorable au développement de la seconde, voilà tout.

La comparaison des affections scrofuleuses de la cornée, chez les enfants, avec celles d'origine tuberculeuse montre, d'après M. Gillet de Grandmont, que les premières guérissent rapidement, sans traces de bacille, tandis que les secondes, aussi rares que les autres sont fréquentes, ont une évolution lente et présentent, au microscope, des bacilles avec des cellules géantes. Argument confirmatif du précédent, tandis qu'en prenant pour base l'élément bacillaire rencontré dans les engorgements ganglionnaires de la scrofule, comme dans les lésions tuberculeuses, M. Gagny maintient leur unicité. (*Soc. savantes*, avril.)

Le *traitement par les bains froids* sur les plages du nord de la France est un autre critérium en faveur de cette distinction. Les avantages du traitement de la scrofule, chez les enfants admis à l'hôpital maritime de Cannes, par l'air et les bains pendant l'hiver sur les plages de la Méditerranée, sont affirmés par le docteur de Valcourt; tandis que la tuberculose pulmonaire, méningée ou articulaire, constitue une contre-indication absolue à leur emploi. (*Association française*, 16 août.)

Sels de cuivre. 27 cas de scrofulose dans ses diverses manifestations ont été traités à l'aide du sulfate de cuivre par M. Dumoulin, professeur de thérapeutique à Gand. 10 applications à des cas d'eczéma et d'impétigo ont toutes amené la guérison avec 2 à 12 centigrammes suivant les âges. Il l'administre pendant la nuit pour prévenir le vomissement. Une pommade contenant 50 centigrammes de sulfate par 30 grammes de glycérine est un adjuvant utile pour détacher les croûtes. Les adénites et les ophtalmies scrofuleuses en sont également modifiées favorablement, surtout par l'usage de pilules contenant 1 à 2 centigrammes de sulfate ou de carbonate de cuivre. 4 à 6 sont administrées par jour durant le repas. (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers.*)

SPLÉNECTOMIE. La première excision de la rate a été faite en Espagne par le docteur Ribera, à l'hôpital de l'Enfant Jésus à Madrid, sur un garçon de dix ans. Le résultat en a été malheureusement fatal : l'enfant tomba en syncope dès la fin de l'opération et ne fut ranimé qu'avec peine; il succomba le lendemain.

Elle a été pratiquée par le professeur Ceci (de Gênes) sur une fille de dix-sept ans, imparfaitement développée, pesant 40 kilogrammes et mesurant 1 m. 40, avec pouls faible, portant une tumeur abdominale depuis sa naissance. Le diamètre transverse était de 34 centimètres, le vertical de 23 et la circonférence de 64. La surface était molle et convexe, les bords aigus et dentelés. Un gros lobe existait à gauche. Les parois abdominales étaient si flasques que cette tumeur pouvait être complètement renversée de haut en bas et transversalement et même poussée dans l'hypocondre. Son développement énorme lui faisait suivre

les mouvements de la malade en déterminant de violentes douleurs s'irradiant jusqu'à la région précordiale et le bras gauche avec dyspnée et insensibilité.

L'excision en fut faite le 20 mars par une incision de 23 centimètres. Un accès de suffocation fit suspendre l'opération pendant une demi-heure. On substitua le chloroforme au bichlorure de méthylène. Des ligatures de soie et de catgut phéniqués furent appliquées sur le pédicule; suture abdominale avec trois fils métalliques. L'artère splénique était plus volumineuse que la sous-clavière.

Un violent délire avec dyspnée, simulant l'angine de poitrine, suivit cette opération de cinq quarts d'heure. Pendant deux jours, le pouls ne put être compté et la respiration varia de 70 à 80. Traitement par l'oxygène et les lavements nutritifs. Le premier pansement eut lieu le huitième jour; toute la plaie était suppurante. Un érysipèle survint, malgré le traitement antiseptique. Le 22 avril, l'état était excellent, malgré le poids énorme de 2400 gr. de la pièce anatomique. Rétablissement complet de l'opérée avec augmentation rapide de pesanteur et bonne santé. (*Gazz. degli ospitali*, 23 mai.)

C'est par erreur que la rate a été excisée chez une femme par le docteur Polk (de New-York). Croyant à une maladie des ovaires, il fit la laparotomie et découvrit une tumeur siégeant entre la vessie et l'utérus. Il l'excisa et eut beaucoup de vaisseaux à lier, à cause de l'inflammation régnant autour. Cette tumeur avait la forme et l'apparence d'un rein, mais on les trouva tous les deux à leur place. L'examen microscopique montra que c'était la rate. La guérison s'ensuivit néanmoins. (*Amer. med. association*, mai.)

Deux cas en sont relatés par M. Knowsley Thornton; le premier sur une fille de dix-neuf ans, domestique, ayant une rate kystique et qui a guéri parfaitement. Elle remplit très bien depuis ses devoirs de domestique, est parfaitement réglée et mange bien. Le second cas était une hypertrophie de la rate, suivie de mort par hémorrhagie secondaire intrapéritonéale. Sa statistique de 34 cas donne 11 succès et 23 morts. Il y a eu mort dans tous les cas de leucémie; celle-ci en est donc une contre-indication absolue. Comme après toutes les opérations, elle débilite les opérés et empêche la coagulation du sang.

Quant à la survie, l'une de ses opérées a eu un accouchement normal ensuite et un homme était en très bonne santé neuf ans après. (*Royal med. and chirurg. Society*, 19 avril.)

Une statistique générale, beaucoup plus complète, donnée par le docteur H. Gilson, permet de mieux juger des indications et contre-indications de cette grave opération. Sur 18 splénectomies, pratiquées pour ainsi dire d'urgence à la suite de traumatismes, de plaies pénétrantes de l'abdomen, la rate herniée étant irréductible, tous les opérés ont guéri. Mais sur 37 autres ablations pour maladies de la rate, il en a été autrement. Dans 19 cas de leucémie, tous les opérés ont succombé, à l'exception d'un seul, soit pendant l'opération, soit après; d'où la condamnation formelle contre cette affection du sang. Pratiquée 12 fois contre l'hypertrophie simple et non leucémique, elle a été constamment suivie de guérison. D'où l'urgence d'un diagnostic différentiel dans ces deux cas. Elle a été fatale contre 2 rates mobiles, 2 kystes, 1 lymphosarcome et 1 abcès. C'est montrer qu'en dehors de l'hypertrophie simple, il n'y a guère à espérer de succès, malgré toutes les précautions antiseptiques. (*Revue mens. de chir.*, avril 1885.)

SYPHILIS. Son évolution, chez les albuminuriques, est marquée d'un caractère de gravité spéciale, d'après les faits réunis par le docteur Raval. Dès le début, les éruptions sont intenses et leurs manifestations, au lieu d'être disséminées, éparpillées sur la surface du corps, sont rapprochées et confluentes, au point de former de larges nappes, de vastes placards. Leur forme modifiée simule les dermatoses vulgaires, tous caractères particuliers aux syphilis graves.

Des manifestations multiples, successives et inépuisables pour ainsi dire, sont le caractère de celles-ci. La syphilis est toujours en action. Après des syphilides cutanées et muqueuses graves, elle touche de bonne heure au système nerveux et résiste au traitement spécifique. L'ecthyma, le pemphigus, le rupia se montrent successivement. Sa malignité ne cesse ainsi de se dévoiler par des symptômes hybrides. (*Thèse inaugurale*, Paris, 1886.)

Influence de l'impaludisme. Par le trouble profond qu'il

crée dans l'organisme, en raison de ses accidents aigus et la dégénérescence organique qu'il détermine, l'appauvrissement du sang, etc., rien d'étonnant que la syphilis évoluant sur ce terrain puisse avoir les manifestations les plus graves. Le professeur Fournier en cite les exemples suivants :

Un homme contracte à Rome des fièvres graves et reste sujet à des accès annuels. Il contracte la syphilis dans ces conditions et elle prend immédiatement tous les caractères de la syphilis maligne, précoce, sans autre cause et malgré le traitement.

Un jeune homme atteint de syphilis treize ans auparavant, bien soigné et bien guéri, part pour Panama, où il contracte des fièvres pernicieuses. Aussitôt, la syphilis, éteinte depuis si longtemps, rentre en scène et l'on est obligé de rapatrier le malade couvert de gommes ulcérées. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, octobre.)

Kératite parenchymateuse. Effet tardif de la syphilis héréditaire, elle se distingue par sa localisation sur le tissu cornéen, avec les manifestations nombreuses de la syphilis acquise et sa résistance aux frictions mercurielles. Aussi le docteur Abadie les a remplacées par les injections sous-cutanées de sublimé, très efficaces dans les formes les plus graves, frappant simultanément les deux yeux ou l'un après l'autre. Les résultats les plus brillants s'obtiennent même, quand l'infiltration est des plus étendues et profondes. L'amélioration commence à partir de la douzième à la quinzième injection; c'est en en prévenant les malades d'avance qu'ils s'y soumettront avec plus de patience et d'espoir. Elles sont la ressource suprême, après l'insuccès de l'iodure de potassium, les toniques, les eaux de Salies de Béarn, etc.

La choroïdite disséminée, si grave et rebelle, en est également influencée comme manifestation la plus tardive de la syphilis, de même que dans certaines formes de chorio-rétinites plus ou moins étendues ou limitées à la région de la macula. Contre les paralysies isolées du muscle ciliaire et du sphincter de l'iris, dont l'origine est limitée aux filets du ganglion ophtalmique, 20 gouttes de la solution suivante, contenant un centigramme environ de sublimé, injectées tous les deux jours sous la peau du dos, en péné-

trant sous le derme avec un léger massage ensuite, suffisent à cet effet.

℞ Bichlorure d'hydrargyre.....	1	gramme.
Chlorure de sodium.....	2	—
Eau distillée.....	100	—

Quand elles sont mal tolérées au début, chez les malades nerveux ou pusillanimes, on les fait précéder d'une injection de 1 centigramme de cocaïne. (*Bull. de thérap.*, p. 547.)

Purpura syphilitique. En dehors des hémorrhagies diverses, viscérales et surtout encéphaliques, comme l'apoplexie pulmonaire, l'hémoglobinurie et même une hémorrhagie véritable, MM. Hartmann et Pignot signalent en particulier une hémorrhagie cutanée sous forme de purpura dont voici la description. Il apparaît au milieu et le plus souvent dès le début de la période secondaire avec son cortège symptomatique habituel et se localise particulièrement aux membres inférieurs, à l'inverse des éruptions spécifiques secondaires qui affectent plus spécialement la région supérieure du tronc; il s'accompagne souvent d'arthralgies et d'œdèmes. Son évolution se fait par poussées successives; la plus intense est souvent celle du début, les autres, ordinairement plus légères, surviennent à la suite de la moindre fatigue. C'est bien là du purpura, et les observations sont maintenant assez nombreuses pour affirmer que ce n'est pas une simple coïncidence; il y a entre cette affection et la syphilis une corrélation réelle et d'autant plus remarquable que le purpura survient presque toujours en même temps que les manifestations secondaires. Dans ces cas, d'ailleurs, il ne peut être question de l'influence de l'iodure de potassium, qui n'a pas été donné. Mais on sait maintenant qu'à cette période de la syphilis, il y a des altérations notables du sang. Pour peu que le sujet soit alors prédisposé, fatigué, dans un état nerveux spécial, au moment de l'éruption spécifique, il présente les conditions les plus favorables à la genèse du purpura.

Ce purpura s'observe encore chez les syphilitiques tertiaires, mais ici la syphilis n'intervient que comme une cause cachectisante banale. Enfin on peut voir se produire

des hémorrhagies des muqueuses. Elles sont peu importantes et l'on ne peut guère que citer l'épistaxis de la période secondaire, signalée par Bassereau. (*Ann. de dermatologie.*)

Labialites tertiaires. Un tableau historique et clinique en est donné par le docteur Tuffier, d'après 40 observations inédites, recueillies dans les différents services de l'hôpital Saint-Louis. De là leur fréquence avec 7 cas publiés dans la littérature médicale. 20 observations originales sont relatées *in extenso*, montrant les différences scléro-gommeuses de ces syphilomes, et deux planches en figurent les caractères histologiques. Voici le tableau comparatif servant à les distinguer :

Gommes circonscrites.	Syphilome en nappe.
Siège ordinaire à la lèvre supérieure.	Siège à la lèvre inférieure le plus souvent.
Déformation circonscrite et asymétrique.	Hypertrophie totale et considérable, ordinairement symétrique avec aspect strumeux.
Nodosités, consistance inégale.	Pas de nodosités; infiltration diffuse; consistance presque uniforme.
Dureté.	Simple consistance plus ferme.
Période de ramollissement.	Absence de ramollissement.
Ulcération profonde; caverne syphilitique.	Absence absolue d'ulcération. Syphilis des superficielles consécutives, pustules crustacées ou tuberculeuses.
Cicatrice, molle, pigmentée, brunâtre, laissant une lèvre mince, analogue au début de la paralysie labio-laryngée.	Pas de cicatrisation; sclérose et déformation; forme irrégulière et mamelonnée avec sillons entre-croisés, comme un moignon informe d'une dureté fibreuse.
Marche et évolution régulière constante.	Irrégularité de ces phénomènes, durée très longue.
Thérapeutique rapidement efficace.	Action difficile à la deuxième période.

Toutes les complications particulières étant indiquées dans les 20 observations relatées, cette monographie cons-

titue le travail le plus complet sur cette affection, depuis que Bouisson de Montpellier en a tracé le premier essai en 1846. De là son importance pour la distinguer des maladies qui peuvent la simuler dans quelques-uns de ses traits. (*Rev. mens. de chir.*, octobre.)

Syphilome hypertrophique diffus de la face. Décrite sous le nom de léontiasis ou syphilis léontiasique, cette affection étudiée spécialement par le docteur Bidon, quoique très rare, est évidemment une variété du syphilome en nappe. L'œdème dur, scléreux, qui la constitue sur les organes génitaux et les parois rectales, où elle forme le syphilome ano-rectal, devait donc être changé.

Comme la labialite, son début est brusque ou lent. En commençant par les lèvres ou le nez d'ordinaire, il déforme la face en quelques jours. C'est l'exception; la règle est la réunion, la fusion lente des tubercules pour former une masse unique. Le visage est alors énormément tuméfié; les traits déformés sont durs et saillants; la proéminence des joues cache le nez dans un sillon, comme les lobes informes de toute la face. D'où la confusion avec l'éléphantiasis et la forme léonine.

Le gonflement des paupières et du nez est moindre encore que celui des lèvres, surtout la supérieure, formant de petits lobes distincts. Le volume des oreilles est triplé, quadruplé. La langue, le voile du palais, la voûte palatine et jusqu'à la luette y participent. La muqueuse est gaufrée, comme capitonnée, et la langue fissurée.

L'œdème de toutes les parties envahies est dur, résistant au doigt, élastique et rebondissant, sans persistance de l'empreinte, absence de prurit et de démangeaison, sans ulcération ni suppuration. Il se résout plus ou moins vite par le traitement spécifique, selon la période où il est institué. De là l'importance d'en faire le diagnostic précoce pour l'entraver dans son développement épouvantable. (*Thèse inaugurale*, Paris.)

Injections sous-cutanées de calomel. Plusieurs cas de syphilis grave, traités par M. Balzer à la dose de 10 centigrammes, ont été efficacement combattus. L'injection faite avec une solution de 50 centigrammes dans 10 grammes

d'huile de vaseline n'est pas douloureuse; il se forme une sorte de gangue inflammatoire indurée, disparaissant peu à peu. Quatre à cinq injections en un mois suffisent pour que tous les accidents prennent définitivement fin. C'est donc un traitement très actif. (*Soc. de biol.*, 20 novembre.)

Bains locaux de sublimé. Ils reviennent en faveur, à l'exemple des bains généraux, contre les syphilides plus ou moins graves et rebelles. Le docteur Gilles de la Tourette, admettant que les efflorescences cutanées sont dues à des colonies infectieuses, vivant et fructifiant sur place, les a expérimentés contre les syphilides psoriasiformes plantaires et palmaires, facilement accessibles aux agents médicamenteux parasiticides. Depuis son internat au Midi et à Lourcine, il en a réuni 65 cas démontrant l'efficacité de ces bains locaux de sublimé, de dix minutes matin et soir, contre le psoriasis syphilitique. Dans trois cas anciens, ils ont suffi à établir le diagnostic. La liqueur de Van Swieten, coupée de moitié d'eau, est très suffisante pour les cas invétérés; on peut même l'atténuer davantage, s'il y a des crevasses ou si la peau est très sensible.

Depuis deux ans, ajoute M. Hallopeau, j'emploie ces bains à l'hôpital Saint-Louis et je leur ai trouvé de précieux avantages. A mon avis, on néglige trop les applications locales bien à tort, car c'est laisser de côté une des meilleures propriétés du mercure. Je traite aussi depuis longtemps le lupus par des solutions de sublimé à 5 0/0. Chez une femme ayant résisté à tout traitement, même aux scarifications, cette affection fut guérie rapidement. (*Soc. de biol.*, 10 et 17 juillet.)

Syphilis héréditaire. *Synovite symétrique du genou.* Un tableau synoptique de 11 cas, observés à l'hôpital Saint-Thomas, en est dressé par M. Clutton, sur de jeunes enfants de six semaines à un an seulement. La localisation au genou, sous forme chronique et indolore, en est la principale distinction. La coïncidence d'autres lésions, comme la kératite interstitielle, peut en révéler le caractère. Les deux genoux sont pris comme les deux yeux. (*Lancet*, 27 février.)

Syphilis du système nerveux. Le docteur Putnam n'admet pas qu'elle produise aussi fréquemment les convul-

sions épileptiformes apparaissant après l'âge de trente ans que le prétend le professeur A. Fournier : c'est-à-dire 9 fois sur 10. Comme Gowers, il croit que c'est là une grande exagération de la vérité. Sur 320 cas de convulsions épileptiformes plus ou moins chroniques, observés à l'hôpital et en ville, elles avaient apparu après trente ans chez 47 ; 15 n'avaient que des souvenirs trop confus pour y ajouter créance ; mais, des 32 autres, la moitié avaient une histoire assez précise de syphilis ou en offraient encore les traces. L'une avait un mari syphilitique ; 2 avaient eu des gonorrhées suspectes et 2 admettaient des rapports de promiscuité sexuelle la rendant probable. Un cas était d'origine alcoolique, 2 dus au saturnisme et un à une maladie chronique du cerveau. En outre, 6 femmes se disant infectées à leur insu par leurs maris ne pouvaient être soupçonnées, tandis que l'épilepsie idiopathique était rendue probable par des causes étrangères. La persistance des accès après le traitement spécifique est aussi invoquée à l'appui. (*Boston med. Society*, 24 mai.)

Si, dans une attaque d'apoplexie chez un homme au-dessous de trente ans, vous trouvez des artères athéromateuses apparentes, dit le professeur Wood dans une de ses leçons à l'Université de Pensylvanie, d'après un exemple concluant à cet égard, il y a de grandes chances que cette dégénérescence soit due à la syphilis. C'est une certitude pratique si la goutte héréditaire peut être exclue. Dans l'immense majorité des cas, quand les symptômes d'une lésion en foyer du cerveau se manifestent lentement chez une personne jeune, elle est due à la syphilis cérébrale. (*Boston. med. and surg. journal*, n° 27.)

Danger de son admission sans preuves. Voy. Abcès du cerveau.

Syphilis gastrique. Si douteuse qu'elle soit encore, par la ressemblance de ses signes avec les autres maladies de l'estomac, elle existe et se démontre parfois, soit par le succès thérapeutique, soit par l'anatomie pathologique. Le docteur L. Gailliard en fournit la preuve par 14 observations authentiques irréfragables : 6 cliniques t 8 anatomiques. Lors donc que des affections chroniques de l'estomac, mal caractérisées, aux symptômes ambigus et résistant aux

remèdes usuels, se présentent chez des malades convaincus ou soupçonnés d'être ou d'avoir été syphilitiques, il y a lieu de tenter prudemment le traitement spécifique. C'est une pierre de touche qui a donné des guérisons remarquables; les premières observations et la dernière en offrent des preuves concluantes. (*Archiv. de méd.*, janvier.)

Syphilose rénale. Depuis Rayer qui, le premier en France, signala l'action de la syphilis sur les reins, que de travaux sur ce sujet depuis quarante ans! 62 ouvrages originaux sont cités en tête de celui dont il s'agit ici, sans compter les nombreux documents contenus dans les journaux. Cependant, jusqu'en 1879, l'attention se limitait aux néphropathies tertiaires que l'on croyait les seules lésions de ce genre, bien que, dès 1867, deux faits d'albuminurie syphilitique précoce fussent rapportés par le professeur Perroud de Lyon. (Voy. ALBUMINURIE, 1867.)

C'est pour en avoir observé un cas dès 1869, pendant la période virulente d'un accident primitif, que le docteur Mauriac consacre un long travail à ce sujet, d'après ses observations à l'hôpital du Midi, comme le résultat de son expérience.

Sur 23 cas observés, 8 fois cette détermination eut lieu dans les deux mois après l'apparition du chancre et sa durée a été de six mois en moyenne. Pour les reins comme pour le cerveau et les os, on peut donc conclure qu'un grand nombre de déterminations syphilitiques très authentiques s'établissent à une époque fort rapprochée du chancre infectant, souvent avant sa guérison, et contemporaines des premières poussées cutanées et des plaques muqueuses.

La rareté des autopsies ne permet pas de savoir exactement comment agit la syphilis à cette période; son assimilation avec les maladies infectieuses permet seulement d'admettre que c'est une néphrite parenchymateuse, comme la sclérose et la dégénérescence cireuse qui se montrent ensuite.

Les symptômes en sont ainsi inattendus, insidieux et sans prodromes. Les paupières, la face, les narines, les membres inférieurs, les bourses présentent un engorgement œdémateux qui augmente, diminue, disparaît et se reproduit pour s'établir définitivement et se généraliser. Il

devient alors évident qu'au lieu d'un phénomène fugitif, accidentel, il s'agit d'une affection sérieuse, d'une anasarque durable provenant des reins. De là l'albuminurie plus ou moins considérable qui se constate. Le diagnostic s'établit ainsi par l'albuminurie et l'anasarque; une syphilis antérieure comme étiologie prédominante et parfois unique; la concomitance de manifestations syphilitiques anciennes ou récentes et particulièrement la simultanéité d'une syphilose hépato-splénique.

Ces néphropathies précoces ont un mode aigu ou subaigu, mais leur marche est le plus souvent chronique et les troubles de la santé ne se montrent que plus tard. Toutes les formes de l'urémie apparaissent ensuite comme dans les néphrites parenchymateuses communes. La mort ne survient pas seulement par l'encéphalopathie urémique, les complications viscérales sont aussi à craindre; les bronchites et l'œdème des poumons, l'hydrothorax et les troubles gastro-intestinaux surtout.

La marche est très variable. Continue parfois avec ses trois périodes régulières d'augment, d'état et de déclin, elle a bien plus souvent des intermittences tranchées, des guérisons apparentes suivies de rechutes et d'améliorations inespérées. L'allure est subaiguë d'ordinaire, légère ou de moyenne intensité. Une acuité franche est très rare; la forme chronique y succède toujours et est la règle. Le traitement la modifie surtout, dès que les spécifiques sont tolérés. Ils diminuent considérablement la filtration de l'albumine.

C'est là le fait principal du pronostic. Si plusieurs de ces néphropathies secondaires pourraient guérir spontanément, des moyens aussi puissants que le mercure et l'iodure de potassium ne doivent pas être négligés. Ils ont la plus grande influence sur la diminution de l'albumine, dès qu'ils sont bien tolérés, et amènent la guérison avec une rapidité souvent étonnante. N'ayant pas d'action nuisible sur les reins, la seule contre-indication à leur emploi est le mauvais état de l'estomac et son intolérance à leur absorption. Le mercure détermine facilement la salivation par l'élimination insuffisante du rein. L'iodure de potassium à haute dose est dès lors indiqué. (*Archiv. de médecine*, octobre, novembre et décembre.)

T

TAILLE. On diffère encore sur le procédé à suivre. Malgré ses succès croissants, la taille hypogastrique, en affirmant sa supériorité sur les autres, n'a pas encore convaincu tous les chirurgiens, les uns employant exclusivement la lithotritie (Voy. *ce mot*), les autres la voie périnéale. Elle est encore discutée. D'où la nécessité de conserver les anciennes appellations, en plaçant celle-ci en première ligne.

Taille hypogastrique. Son emploi en province est si répandu qu'en présentant son 36e cas de taille vésicale, à la Société de médecine de Lille, le 12 novembre dernier, le professeur Paquet en comptait déjà 13 par le haut appareil. Le calcul était si volumineux chez un homme de cinquante-cinq ans, souffrant depuis longtemps de douleurs, pissant du sang et du pus, qu'il dut le briser pour l'extraction, de préférence aux débridements latéraux sur une vessie profondément irritée, hypertrophiée et contractée sur la pierre. Une hémorrhagie résulta même de sa mobilisation avec les doigts. Le noyau seul résista au broiement. De forme ovoïde, il était creusé de deux petites cavités à ses extrémités. Les débris, enlevés avec la curette, donnèrent un poids total de 200 grammes. C'était le 11e cas et cependant aux difficultés qu'il a rencontrées et aux accidents survenus le treizième jour, par l'altération des urines et une orchite suivie de la suppuration de la vaginale, l'auteur dit que c'est encore là une opération à l'étude, quoique cet opéré ait guéri. De là l'utilité des statistiques.

Tous ses opérés ont guéri, à l'exception du dernier, un homme de cinquante-huit ans, adressé par un confrère. Se fiant trop aux renseignements donnés, il l'opéra sans attendre. Le troisième jour, les bourses s'infiltrèrent et le ventre se ballonna, sans aucun phénomène de réaction. L'opéré accusait seulement des douleurs de reins. Les urines décelèrent une grande quantité d'albumine; les accidents augmentèrent rapidement avec oppression et dyspnée extrême, mort le sixième jour.

L'autopsie montra une péritonite généralisée et suppurée sans lésion du péritoine ; reins très volumineux, le gauche surtout, avec néphrite catarrhale à marche rapide. Aucune infiltration d'urine ; les bourses infiltrées n'en avaient même pas l'odeur. Une néphrite infectieuse latente antérieure à l'opération est donc probable. C'est le premier insuccès qui ne serait pas arrivé en mettant le malade en observation pendant une dizaine de jours suivant son habitude. (*Bull. méd. du Nord*, novembre.)

Chez un vieillard de soixante-cinq ans, dont l'exploration vésicale avec une sonde métallique donnait un cliquetis très prononcé comme le signe de calculs multiples, le docteur Folet ayant pratiqué de préférence à la lithotritie, à cause de la vessie malade et enflammée, la taille hypogastrique, retira 23 calculs dont le volume variait depuis un pois jusqu'à une fève. L'opéré guérit. L'opération étant encore discutée, on ne saurait accumuler trop de matériaux pour en éclairer l'application, ajoute M. Paquet, et édifier une statistique rigoureuse. (*Soc. centrale de méd. de Lille*, 22 octobre, et *Bull. méd. du Nord*, octobre.)

Elle a été pratiquée par M. Poncet (du Val-de-Grâce) chez un malade de cinquante et un ans, petit-fils de calculeux et qui avait subi la lithotritie en 1885. La vessie étant distendue par une grave hémorrhagie, il ne fut pas fait d'injections, et, malgré les caillots très abondants où le calcul se trouvait, aucun incident n'eut lieu. Les tubes ont fonctionné parfaitement et la vessie gardait l'urine dès le 12e jour ; guérison complète en un mois.

Le calcul pesant 27 grammes était formé d'acide urique pur. Un fragment de calcul, broyé dans la lithotritie précédente, se trouvait au centre de celui-ci qui mesurait 4 centimètres 1/2 sur 3 cent. 4 et 1 cent. 9. Il avait donc mis onze mois pour se former par dépôts concentriques. La taille hypogastrique avec une hémorrhagie vésicale considérable pouvait seule donner un résultat immédiat, complet et sûr. (*Soc. de chir.*, 11 août.)

Contre sir H. Thompson, réservant l'usage de la taille périnéale pour un certain nombre de cas, la section chirurgicale du dernier meeting de l'Association médicale britannique a été d'avis d'adopter comme règle la taille sus-pubienne. L'incontinence d'urine et la perte du pouvoir

sexuel, qui ont suivi parfois la première, sont trop graves pour y recourir, devant l'exécution facile et sans danger de la nouvelle. Elle doit donc être adoptée par tous les chirurgiens de la campagne, même sur les enfants, à cause des difficultés de la taille latérale. (*Lancet*, 21 août.)

Rupture de la vessie. Elle est considérée comme un accident de cette taille, par suite de la distension nécessaire de la vessie pour l'exécution. Le cas de M. Verneuil où 125 grammes de liquide ont suffi à la produire et celui du professeur Guyon où 200 l'ont déterminée sont les seuls faits à l'appui. Ils sont invoqués comme un nouveau danger d'enlever directement la pierre, quand la lithotritie n'est pas applicable. (*Ann. of surgery*, avril.)

Débridement latéral. En rencontrant un gros calcul uratique ovoïde du poids de 130 grammes, ayant 154 millimètres de circonférence dans son plus petit diamètre, hérissé de petits mamelons et d'aspérités, le professeur Folet, en le mesurant du doigt avant l'ouverture de la vessie, jugea qu'il ne pourrait l'extraire, même en l'incisant de haut en bas. C'était chez un homme de soixante-cinq ans portant cette pierre depuis de longues années et qui en éprouvait d'intolérables douleurs depuis quelques mois. La vessie n'avait pu admettre que 180 grammes d'eau boriquée. Une boutonnière de 77 millimètres, soit la moitié de 154 que mesurait la face antérieure de cette vessie rétractée, n'eut pas même suffi sans broiement. Au lieu de recourir à cette manœuvre, toujours difficile et dangereuse, surtout pour une si grosse pierre très dure, l'opérateur résolut spontanément de faire un débridement latéral à droite qui fut suffisant. Il l'eût même renouvelé à gauche au besoin, préjugeant qu'avec l'antisepsie ces incisions étaient moins redoutables que le broiement. Les suites furent en effet des plus simples, à l'aide du siphonnage à double tube. Enlevé le 10e jour, sans que la température ait dépassé 37°,7, il fut remplacé par la sonde molle à demeure dans l'urèthre. La plaie vésicale était fermée le 15e jour et, le surlendemain, l'opéré urinait naturellement.

La suture des tubes aux bords de la plaie, en les enfonçant aussi profondément que possible dans la vessie, est

mauvaise, suivant M. Dubar. En revenant sur elles-mêmes, les parois vésicales coudent ces tubes forcément et ils ne peuvent ainsi plus fonctionner. Dans le cas précédent, M. Folet, revenant voir son opéré le soir même, trouva les tubes siphons ne fonctionnant plus. Il en chercha la cause en les détachant et, en les retirant d'un centimètre, les vit fonctionner de nouveau. Il les cousit alors à la peau dans cette position et tout alla bien ensuite. Pour M. Dubar, il serait préférable de les traverser avec des fils fixés latéralement à la paroi avec du collodion; ils pourraient ainsi suivre la rétraction des parois vésicales en saillant un peu de la vessie; sinon, il ne faut pas en pousser l'extrémité aussi profondément et les suturer comme à l'ordinaire. Cela est bien mieux, dit M. Paquet, que la sonde à demeure percée de trous entrant par l'urèthre et sortant par l'incision vésicale, proposée par M. Demons, et amenant de l'uréthrite, de l'orchite et autres accidents. (*Soc. de méd. de Lille*, 14 mai.)

Suture immédiate de la plaie vésicale. Chez un garçon de vingt et un ans, le docteur Pilcher ayant extrait de la vessie un calcul pesant 207 grains, par la taille sus-pubienne, réunit immédiatement les bords de la plaie vésicale par sept ou huit fils de soie passés à travers la membrane musculeuse et sous-muqueuse seulement. Il réunit ensuite la plaie abdominale par une suture continue des muscles et les tissus superficiels, avec trois épingles et des sutures séparées. Un cathéter fut laissé à demeure jusqu'au neuvième jour. Les épingles enlevées le lendemain permirent à l'opéré de retourner chez lui le 11e jour. Cette guérison rapide fut due sans doute à la suture et la réunion par première intention des parois vésicales, au lieu du lent processus de granulation. Ce procédé peut être plus sûrement employé quand le calcul est petit, comme dans ce cas. (*New-York chir. Soc.*)

C'est toujours là une opération chanceuse, en raison même de ce que la vessie peut être plus ou moins enflammée, l'urine altérée et que les lèvres se trouvent dans les conditions d'asepsie propres à la réunion immédiate. La statistique du docteur Weber le démontre. Sur 41 cas de suture après la taille hypogastrique pour calculs, il y a eu

seulement 16 réunions par première intention, 17 guérisons ont été retardées par l'échec de la suture et l'issue de l'urine. Les accidents septiques ont provoqué 7 décès et l'érysipèle 1. La plupart des partisans de la cystorrhaphie ont ainsi renoncé à cette suture. (*Ann. des malad. des organes génito-urinaires*, janvier.)

Un succès en est aussi relaté par le docteur J. Reverdin (de Genève). Ayant ouvert largement la vessie en prolongeant sur son index l'incision inférieure pour pratiquer l'ovariotomie, il reconnut sa faute et sutura immédiatement la plaie vésicale en plaçant une sonde à demeure par précaution. Une urine sanguinolente s'en écoula avec légère intoxication phéniquée le lendemain. Dix jours après, l'opérée urinait seule. Mais il y a lieu de remarquer ici que la plaie n'avait pas été plus ou moins tiraillée, labourée par le passage de la pierre et que la vessie était saine. (*Idem.*)

La *réunion par première intention* a été obtenue par W. Parker, à l'hôpital des Enfants de Londres, sur un garçon de trois ans. Pratiquée le 4 juin, l'extraction du calcul fut suivie de la suture de la vessie avec du catgut fin et des parois abdominales avec des fils de soie pour la soutenir, le tout saupoudré d'iodoforme et recouvert d'une compresse au sublimé et un bandage de flanelle. Une sonde fut placée dans l'urèthre. 48 heures après, le bandage n'était pas mouillé et ne le fut pas davantage les jours suivants. La plaie était cicatrisée le quatrième jour et les sutures enlevées. Exeat donné le 15e jour; l'auteur considérant ce cas comme unique dans la science. (*Lancet*, 5 juillet.)

Chez les enfants. En pratiquant récemment une cystotomie sus-pubienne chez une fille de onze ans, le professeur Gross (de Nancy) a été frappé de la facilité de l'exécution, par la forme et la position de la vessie, la situation relativement élevée du cul-de-sac prévésical, et de la bénignité de ses suites. Un grand nombre d'opérés ont ainsi moins de vingt ans. Sur 149 cas de Gunther, il y en a 80 et 68 seulement plus âgés. Dulles en compte 133 au-dessous de vingt et un ans, et 44 opérés de Fleury ont moins de 15 ans. Sur 90, Garcin en compte 48 au-dessous de vingt ans et 42

au-dessus. Un total de 307 jeunes sujets y ont été soumis, dont la mortalité est de 22,88 chez les garçons et 26,46 chez les filles.

La situation élevée de la vessie chez l'enfant est la condition de ces succès. Un cathéter rigide étant introduit dans la vessie, on en sent aisément la pointe au-dessus du pubis, et même au-dessus à égale distance du pubis et de l'ombilic; on croirait à une perforation par rapport à l'adulte. Aucune donnée précise n'existe sur l'âge auquel elle s'abaisse et s'enfonce dans le bassin. N'est-ce pas plutôt par le développement de celui-ci et de la taille en général qu'elle s'y trouve logée? A quatorze ans, elle est encore au niveau de la symphyse, d'après Heuermann, et se trouve dans le bassin après dix-huit. Sa position abdominale persiste même jusqu'à dix-neuf et vingt, d'après les mensurations faites par Étienne. C'est dire qu'il n'y a rien de régulier ni de précis à cet égard; d'après les anatomistes, cette disposition varie suivant les individus. Le plus sûr est donc de s'assurer de sa situation avant d'opérer.

L'âge de la descente du péritoine au niveau de la symphyse est aussi incertain. Suivant Mannheim, jamais le cul-de-sac péritonéal ne descend vers le pubis chez les enfants, même à l'état de vacuité de la vessie. Une distance de deux centimètres avec la symphyse a été constatée par M. Gross, chez un enfant de deux ans et demi. Elle était de trois, chez un autre de quatre ans et demi, et seulement d'un centimètre et demi, chez un troisième de vingt-sept mois. La moindre quantité d'urine suffit à élever cette distance jusqu'à 4 centimètres à dix ans et même le double plus tard. D'où la contre-indication de l'emploi du ballon de Petersen. On atteint toujours la face supérieure de la vessie sans risquer de blesser le péritoine. Sur les 307 cas signalés, il y en a 9 exemples seulement, dont 4 mortels.

L'infiltration d'urine est aussi moins redoutable, celle-ci étant peu irritante et ses altérations moins graves que chez les vieux calculeux. Pourtant, l'innocuité n'est pas absolue et toutes les précautions sont à prendre à cet égard, à cause de l'indocilité des enfants. Quant à la suture vésicale pour éviter cet accident, M. Tuffier dit que, sur 22 cas, la réunion a manqué 20 fois, 3 opérés ayant succombé. Au contraire, sur 55 cas, A. Schmidt compte 47 guérisons et 8 morts,

dont 30 enfants avec une mortalité de 6,7 p. 100. Sur 15 cas de suture dans les 307 observations, il y a eu seulement 5 réunions par première intention sans accidents dans les autres. La suture comprenant les parois abdominales a donné de meilleurs résultats, de manière que, sur 40 cas connus au total, il y a eu seulement 2 morts, soit 5 p. 100. Elle ne semble donc pas dangereuse, comme on l'admet en France, et abrégerait même la durée de la guérison.

Le catgut a réussi 3 fois sur 13 et le fil de soie 8 fois sur 14; celui-ci mérite donc la préférence. La sonde à demeure n'est guère supportable pour tenir la vessie vide. Des cathétérismes répétés, de trois à quatre heures d'intervalle, sont préférables.

En pratiquant la suture quatre fois, M. Poncet (de Lyon) a toujours vu suinter l'urine au travers, excepté dans le cas où le drainage de Demons fut employé. (*Congrès français de chirurgie.*)

Des 13 cas de taille hypogastrique pratiqués par M. Paquet (de Lille), la plupart l'ont été sur des enfants, dit-il, et toutes furent suivies de succès. Il cite notamment un enfant de quinze ans qui avait de l'incontinence d'urine sans souffrance. La raison en fut trouvée dans la forme irrégulièrement cubique du calcul ayant son sommet vers le col. Il était ainsi immobilisé. Aussi, après la première incision, un doigt introduit dans le rectum ne pouvant le changer de place, il fut nécessaire de prolonger celle-ci vers le col. L'extraction devint dès lors facile, malgré un poids de 86 grammes, et fut suivie de guérison. (*Soc. centrale de méd. de Lille*, 22 octobre.)

Le 26 novembre suivant, il en présentait un cas tout contraire. Enfant chétif de neuf ans, atteint de douleurs atroces et d'hématuries depuis quatre à cinq ans. La forme et les aspérités du calcul, pesant 52 grammes, rendirent compte de ces accidents. Le péritoine descendait très bas et put être difficilement relevé. La plaie était presque fermée le seizième jour, lorsqu'en se grattant l'enfant la fit saigner et l'irrita. Un peu de suppuration s'ensuivit; d'où la cautérisation au thermocautère. Guérison complète en cinq semaines. (*Bull. méd. du Nord,* novembre.)

Contre la rétraction de la vessie qui en rend l'exploration

difficile, le docteur M. Sée conseille de passer une anse de fil à la partie supérieure, avant de l'ouvrir. Elle ne peut alors fuir dans le petit bassin. Chez un enfant de quatre ans et demi, soumis à la cystotomie sus-pubienne par M. Defontaine, la vessie en se rétractant cacha un petit calcul qui fut oublié. Quelques mois après, les accidents reparurent et il fallut recommencer. La guérison s'ensuivit heureusement. (*Soc. de chir.*, novembre.)

Nouveau procédé. Chez un garçon de quatre ans et demi ayant un petit calcul, M. Th. Annandale le chloroforma, dilata l'urèthre, injecta un liquide antiseptique et introduisit un petit lithotriteur. Saisissant la pierre et déprimant la poignée de l'instrument, il en fit saillir l'extrémité à la paroi abdominale au-dessus du pubis. Une petite incision étant faite dessus, le lithotriteur y fut engagé et le calcul extrait. Une sonde élastique fut placée dans la vessie en retirant l'instrument et le tube fixé à la plaie abdominale. Quarante-huit heures après, il fut enlevé et la guérison était complète le dixième jour. On peut juger si c'est là un perfectionnement digne d'être renouvelé. (*British med. journ.*, 2 janvier.) Voy. Tumeurs de la vessie.

Taille périnéale. Les chirurgiens allemands continuent à la défendre pour les petits calculs. Kœnig et Volkmann en particulier soutiennent que cette simple boutonnière est une opération absolument inoffensive, alors que la taille hypogastrique, tout en étant idéale, fait beaucoup de victimes par son défaut de perfection opératoire.

Suivant le premier, elle est indiquée contre les corps étrangers et les pierres petites et moyennes, les autres sont justiciables de la taille hypogastrique. Mais les dangers de l'infiltration urineuse et de l'infection par la plaie, en raison même des manœuvres plus faciles qu'elle permet, la rendent plus grave. Au contraire, Roser ayant trouvé un diverticule rempli de petites pierres dans un cas, et un lobe prostatique qui fut un grand obstacle à l'extraction par cette taille, montre combien la cystotomie sus-pubienne eût été préférable. Ebermann (de Moscou) croit cette opération préférable dans tous les cas, tandis que von Bergmann, sur 19 tailles sus-pubiennes en suturant la vessie, n'a perdu

qu'un opéré d'hématémèses. Cette opération évite la récidive mieux que toute autre, surtout avec pyélite et pyélo-néphrite. Trendelenburg est du même avis. Il a pu retirer ainsi 42 calculs, chez un opéré de soixante-douze ans, et diviser un lobe prostatique hypertrophié. Sonnenburg lui donne aussi la préférence, mais en signalant un danger spécial : l'adhérence du péritoine à la symphyse empêchant l'ascension du cul-de-sac, malgré le ballonnement du rectum. Israël a constaté cette disposition chez un vieillard de soixante-dix-sept ans et sur plusieurs cadavres. Mais Wolkmann proclame la bénignité de la boutonnière uréthrale sans entamer la prostate; sur 100 opérés, il n'a eu que 2 morts opératoires par hémorrhagie et septicémie. Schede l'a pratiquée 24 fois sur 25 opérations. (*Congrès des chir. allemands.*)

Cette taille est aussi préférée par M. Tillaux chez les enfants.

TÉTANOS. La *nature*, la *pathogénie* et le *traitement* de cette effroyable maladie, placés en tête de l'ordre du jour du 2e Congrès français de chirurgie, ont appelé bien des faits et des avis divers, contradictoires même, à se produire au jour. Tout est contradiction dans les étiologies classiques du tétanos, dit le professeur Verneuil, chacun apporte des faits à l'appui de sa théorie. En voici la preuve :

Il est d'origine équine, c'est-à-dire spécifique et infectieuse, contagieuse et transmissible à la fois, d'après M. Verneuil, qui s'en est beaucoup occupé. Comme la trichine vient du porc, le vaccin de la vache, le charbon du bœuf, la rage du chien, la diphtérie probablement des gallinacées, ce serait le cheval qui, outre la morve, donnerait le tétanos à l'homme par surcroît. La voie traumatique est son mode principal de développement, car, malgré les expériences, le microbe n'en a pas encore été isolé plus que celui de la rage. Cette opinion se fonde sur les faits de tétanos endémique et contagieux constatés par M. Larcher. (Voy. *année* 1885.) La communication du cheval à l'homme est également affirmée à la suite de morsures ou de blessures de chevaux, de même que sa fréquence chez les palefreniers, équarrisseurs, gardes d'écuries.

M. Larcher appuie ces propositions par ce fait que le

tétanos, si fréquent au Brésil, a beaucoup diminué depuis l'emploi de la méthode antiseptique. Deux chevaux de la même écurie furent atteints à dix ans d'intervalle. Un ouvrier d'usine, pris de tétanos après une plaie du pied, est soigné et guéri dans une chambre qui reste inhabitée ensuite. Dix ans après, un autre blessé, soigné dans la chambre contiguë, eut de même le tétanos. Quoique les lits fussent placés tête à tête et séparés par une cloison incomplète, est-il bien concluant de voir là un cas de contagion, quand les expériences de MM. Arloing, Tripier, Nocard sont restées négatives?

A la parole du maître sur cette nouvelle origine en faveur des doctrines régnantes, une nuée de documents inédits lui ont répondu pour ou contre. D'après le docteur Raguet (de Châtellerault), le tétanos est rare et toujours traumatique dans sa contrée, du moins d'après les 5 faits qu'il a observés, dont 2 à la suite de rapports immédiats avec le cheval. Le docteur Ricochon (de Champdeniers), sur 4 cas chez l'homme en douze ans, cite celui d'un maréchal ferrant à la suite d'un écrasement du doigt. Mais à l'appui de l'origine équine, il montre que dans ce pays d'élevage, où la castration des chevaux et des mulets est très commune, le tétanos isolé et même épidémique n'est pas rare. La même paille ayant servi à cette opération pour 8 mulets castrés par M. Bourdeaux, 6 furent atteints de tétanos la semaine suivante dont 4 morts. Le fermier de cette même ferme ayant reçu quatre ans après un violent coup sur le nez, par l'angle de la mâchoire d'une jument, fut également pris de tétanos, dont il guérit heureusement huit jours après. Mais dans les 3 cas suivants et analogues, la mort s'ensuivit. (*Gaz. hebd.*, n° 43.)

Le docteur Régnier, chirurgien d'armée, tend à montrer cette origine par la statistique suivante de la mortalité par le tétanos. Sur 100 000 hommes, elle a été, de 1870 à 1871, dans l'infanterie de 0,85 p. 100, de 2,15 dans la cavalerie et de 1,5 dans l'artillerie, alors que des chirurgiens de marine ne se rappellent pas en avoir vu un seul cas à bord. (*Idem*, n° 37.)

Le docteur Saucerotte (de Lunéville) réfute aussitôt cette interprétation par son observation personnelle de 1876 à 1885 inclus. En temps de paix, les troupes à cheval ont des

cas de traumatisme plus nombreux et plus graves que l'infanterie. Le chiffre brut des tétaniques est ainsi plus élevé parmi les premiers, sans invoquer l'influence équine; l'infanterie donne toujours proportionnellement moins de tétaniques que la cavalerie et l'artillerie. 2400 cavaliers et autant de chevaux n'ont pas fourni un décès de tétanos sur 4367 malades ou blessés, traités dans les salles militaires de l'hôpital; tandis que la population civile de 15 000 habitants en offrit 23 cas sur 3947. Pas un des morts n'était en rapport avec les chevaux, sauf un camionneur et un cultivateur. Il serait donc plus conforme à la clinique de considérer la race, la famille et l'individu dans la pathogénie. Un homme et trois femmes y ont succombé dans la même famille et deux dans une autre. Des faits aussi évidents témoignent de l'action du refroidissement et du traumatisme, d'accord avec les faits signalés par le docteur Saint-Vel. (*Idem*, n° 42 et 7 janvier 1887.)

Néanmoins, 2 cas sont rapportés par le docteur Legras de Dompair dans les Vosges, en faveur de cette origine équine, mais sans aucune probabilité. (*Gaz. hebd.*, n° 39.)

Sans rejeter cette origine, M. Blanc, qui l'a observé à Bombay, a vu très fréquemment son développement spontané, sans différence avec le tétanos traumatique. Il s'y montre en toute saison, mais surtout pendant les chaleurs, comme le choléra. L'eau semble en transporter le germe comme pour celui-ci. Aigu ou suraigu, il dure en moyenne trois jours avec une température élevée et emporte les malades; subaigu, il dure du dixième au douzième jour et entraîne la mort par spasme respiratoire avec ou sans fièvre, sans être toujours fatal; chronique, il reste apyrétique et se prolonge de trente à soixante jours en étant souvent curable, comme M. Verneuil l'a signalé. Parmi les traitements qui lui sont opposés, les opérations et les élongations nerveuses font du mal; plus de malades succombent au chloral qu'au tétanos. Le bromure est très dangereux. C'est en évitant ces traitements que des guérisons ont été obtenues en isolant le malade, en prévenant le froid et la constipation. Les médecins hindous le traitent par les purgatifs, le laitage et l'obscurité.

La *nature nerveuse* ou *myélitique*, admise par plusieurs

observateurs, en raison des lésions constatées à l'autopsie ou de la guérison obtenue par les calmants, serait donc vaine, d'après l'observation précédente. Sur 17 tétaniques traités par M. Vaslin (d'Angers), il eut une seule guérison par le laudanum à haute dose, de même que dans les 22 cas recueillis dans son entourage. Dans ce cas de guérison, le tétanos s'était développé à la suite d'une désarticulation du genou pour fracture comminutive chez un enfant. Il l'a traité comme une névrose en plaçant le malade dans l'obscurité, de même que les vétérinaires le font pour les chevaux avec chloral à haute dose et injections morphinées jusqu'à cessation des spasmes. 1500 grammes de lait par jour étaient ingurgités par l'enlèvement d'une canine et l'enfant a parfaitement guéri sans récidive.

Ce remède, pour le docteur Balestreri, est le tartre stibié. Le blessé inquiet, nerveux, impatient, photophobe, dyspnéique, vultueux, arriva ainsi à l'hôpital de Gênes avec trismus et raideur de la nuque. 5 centigrammes d'émétique furent administrés, puis graduellement 25, 30 et 40 centigrammes les jours suivants. Le malade guérit et deux autres depuis. Un quatrième dans le même état, traité par le chloral, ayant succombé, l'auteur en fait le remède du tétanos. En preuve de sa conviction, M. Balestreri a versé immédiatement 1000 francs à décerner en prix par concours au meilleur travail sur le tétanos et surtout son traitement.

Ce n'est pas sur de meilleures preuves que le docteur Thiriar, ayant perdu 4 de ses ovariotomisées du tétanos, en fait une affection contagieuse. Il a recueilli ainsi 8 cas de tétanos en dix-huit mois dans le village de Waterloo, de célèbre mémoire, où pas un exemple n'avait été observé depuis trente ans.

Mais M. Maunoury (de Chartres) réfute cette contagion en recueillant 7 cas de tétanos survenus à la suite de différentes opérations depuis huit ans. Tous ces opérés étaient exposés à des refroidissements, outre la méthode antiseptique avec spray pouvant y contribuer. Aucune possibilité de contagion n'était possible, tandis qu'il l'a vu survenir simultanément chez deux blessés couchés de chaque côté de la même fenêtre. Sur 150 cas recueillis chez les animaux, le tétanos ne s'est développé dans la même ferme, ni parmi

les autres animaux, ni ceux qui les soignaient. Sur 9 cas de tétanos recueillis dans les infirmeries régimentaires de 1880 à 1886, M. Vincot n'a jamais vu les autres animaux opérés en être atteints, sauf une exception. (*Congrès français de chirurgie.*)

Une lacune est pourtant signalée par le docteur Laborde dans cette vaste enquête. C'est le côté physiologique, l'étude du mécanisme fonctionnel qui n'ont pas été touchés, et « quelle que soit la condition causale, microbienne ou autre de la maladie, c'est le point capital de la recherche et de la détermination pathogénique ». (*Tribune méd.*, 7 novembre.) Après les nombreuses expériences citées de la France et de l'étranger, même sur le microbe et les observations faites sur les animaux, que faut-il donc encore pour satisfaire les expérimentateurs? Rosenbach a exposé les siennes sur les lapins avec le liquide d'une plaie du pied congelé d'un garçon de vingt-trois ans, mort du tétanos, à deux cochons d'Inde ayant présenté tous les signes du tétanos le lendemain et morts dans la journée. Deux inoculations consécutives ont donné le même résultat. En faut-il de plus, quand les assistants ont conclu à un tétanos semblable à celui de l'homme et à sa nature microbienne? (*Congrès des chir. allemands*, avril.) Voy. Uréthane.

THÉRAPEUTIQUE. Une foule de petits moyens, généraux et locaux, n'ayant pu trouver place dans l'ordre alphabétique, sont réunis ici comme se rapportant le mieux à ce titre.

Action des médicaments à distance. Voy. Hypnotisme.

Bains d'amidon et de farine de graine de lin. Le docteur E. Besnier recommande, afin d'en obtenir toute l'efficacité, de prendre 500 à 1000 grammes d'amidon que l'on délaye dans 5 à 6 litres d'eau en faisant bouillir jusqu'à ce que la solution blanche devienne grise. Ce mélange sirupeux se mêle complètement à l'eau du bain.

Un à deux kilogrammes de farine de lin préparés de la même manière pendant une demi-heure sont nécessaires pour un bain émollient où l'on reste une heure.

Le *citron*, préconisé contre les sécrétions inflammatoires

des muqueuses, a été reconnu efficace dans la diarrhée l'année dernière et contre la blennorrhagie en 1886, sous forme de limonade concentrée.

L'*infusion des fleurs de genêt à balais* serait un excellent diurétique, selon le docteur Legris, quoique la spartéine, nouvellement extraite de cette plante, ne jouisse pas de cette propriété. Expérimentée par le professeur G. Sée, elle a déterminé une quantité double d'urine chez les cardiaques et confirmé ainsi l'ancienne réputation de la plante. Mais il ne faut employer que les fleurs à la dose de 10 à 25 grammes par jour. C'est une boisson agréable rappelant un peu le thé. (*Thèse inaug.*, Paris, 1886.)

Contre les gerçures de la peau, la mixture suivante est recommandée par M. Vigier comme remplaçant avantageusement la glycérine.

Eau de roses.....	100 grammes
Glycérine à 30°.....	20 —
Tannin.....	0,50 centigrammes

Mêlez et filtrez.

Se frotter les mains avec quelques gouttes de ce liquide, matin et soir. Il adoucit la peau, la rend souple, dissipe les boutons, atténue un peu les rides, lutte avec avantage contre les pénibles impressions du vent et de la chaleur, enfin fait disparaître les gerçures des mains et des lèvres. (*Gaz. hebdom.*)

C'est en mouillant la peau que les pommades facilitent l'absorption des médicaments qu'ils contiennent, d'après l'auteur. La glycérine et les glycérés s'y opposent complètement. Ils ne doivent servir de véhicule que pour éviter l'absorption d'un poison comme le sublimé ou pour atténuer les effets irritants de l'acide phénique ou l'arnica par exemple. L'axonge et les huiles sont les meilleurs excipients pour les autres médicaments. (*Idem*, n° 34.)

Vésicatoire au chloral. D'après Ivanowski, l'hydrate de chloral aurait toutes les propriétés des cantharides sans leurs inconvénients. Réduit en poudre fine, il est étendu en une couche mince sur un emplâtre adhésif dont on

expose la surface libre à l'action de la chaleur jusqu'à la fonte et la disparition des cristaux. Ainsi préparé, il est appliqué sur la peau préalablement graissée avec huile ou axonge, et après une sensation de prurit survient celle de la brûlure ou vésication, en douze à quinze minutes. On ne doit jamais le laisser plus longtemps en place sans danger d'ulcérations difficiles à cicatriser.

Son action rapide et l'absence de douleur par ses propriétés anesthésiques sont les avantages de cet emplâtre. Le défaut de mortification de la peau, qu'il suffit de percer pour l'écoulement de l'exsudat, ne laisse pas ces larges surfaces dénudées et ces traces indélébiles des vésicatoires à la cantharide. (*Wratsch*, n° 16.)

Un *hoquet* rebelle à tous les divers moyens employés, chez un commis de droguerie de vingt-six ans, fut guéri par le jaborandi, sur le conseil du docteur Castagneda, alors que tous les antispasmodiques étaient restés inefficaces. (*Bull. de thérap.*, page 85.)

Laniline. Corps gras retardant l'absorption cutanée, comme l'a constaté le docteur Aubert. Elle est donc destinée à préserver les surfaces cutanées et muqueuses et à enduire les doigts destinés à explorer les cavités suspectes. (*Congrès français de chirurgie.*)

Contre l'*obésité*, les boissons abondantes ne sont efficaces que si la quantité d'urée est diminuée chez les malades, dit le docteur A. Robin. Quand cette proportion est au-dessus de la normale, il faut conseiller la diète des boissons et le régime sec; les liquides pris en abondance augmentant les oxydations. (*Gaz. hebd.*, n° 5.)

Paraldéhyde. Voy. Aliénation mentale.

Panaris. Non osseux à son début, il est combattu efficacement, selon M. de Saint-Germain, en enveloppant le doigt dans un gant enduit d'onguent mercuriel. Son avortement en est obtenu presque constamment par les propriétés antiphlogistiques du mercure.

Contre l'*incontinence d'urine des enfants*, le docteur E. Williams emploie des suppositoires de beurre de cacao

contenant quelques milligrammes d'extrait de belladone et de morphine. Une fille de quatorze ans, atteinte de cet accident au moment de la menstruation, fut guérie dès la troisième nuit. (*Boston med. and surg. journ.*, n° 11.) Voy. HYPNOTISME.

La *magnésie* continue ses succès contre les verrues. A la dose de 10 à 15 centigrammes deux fois par jour, plusieurs enfants traités à la consultation gratuite par le docteur Cobrat en ont été guéris. Une femme de Mâcon, ayant la figure couverte de verrues, les vit disparaître en six semaines en prenant 6 grammes par jour de sulfate de magnésie, prescrit par M. Aubert. Des verrues très larges et nombreuses ont disparu en quinze jours avec 50 centigrammes de magnésie par jour, prescrits par le docteur Roux. (*Soc. des sciences méd. de Lyon.*)

Note sur l'utilisation de l'hémoglobine en thérapeutique, brochure de 10 pages, Paris. Cette nouvelle préparation de M. V. Deschiens est surtout appliquée contre l'anémie et la chlorose, comme de nombreuses observations en ont été recueillies à l'hôpital Cochin. (Voy. CHLOROSE, 1885.)

Nouveau formulaire magistral du professeur A. Bouchardat, 26e édition, augmentée, avec la liste des additions même. 1 vol. in-12 de 692 p. Paris, *librairie F. Alcan.* Jamais formulaire n'eut une pareille vogue, malgré tous les concurrents élevés à sa suite. Le choix éclairé des formules, la netteté d'esprit de l'auteur et la concision de son style en sont le secret.

Nouveau formulaire vétérinaire, par le professeur A. Bouchardat et M. Vignardou, de l'Ecole d'Alfort, avec un mémoire sur l'atténuation des virus, 3e édition. 1 vol. in-12 de 472 pages. Paris, *librairie F. Alcan.* Les règlements concernant la pharmacie militaire, la loi sur la police sanitaire des animaux et les moyens de désinfection à employer, ainsi que la technique des injections hypodermiques et préventives, figurent dans cette nouvelle édition, dont l'achat est autorisé par le ministère de la guerre pour les corps de troupes à cheval.

Dictionnaire du foyer et d'infirmerie, c'est-à-dire l'art de soigner les malades, de donner les premiers secours, de faire les pansements, la petite chirurgie et les pansements domestiques, avec le régime des malades; tout cela indiqué sous forme alphabétique la plus facile aux recherches, par le docteur Maurin. 1 vol. in-12 de 534 pages. Paris, *librairie F. Alcan*. 2e édition.

Thérapeutique intra-parenchymateuse. Voy. PNEUMONIE.

THORACOPLASTIE. 7 opérations pratiquées à l'hôpital du collège de l'Université et de Brompton, spécialement destiné aux affections pulmonaires chroniques, sont relatées par M. Rickman Godlee avec le diagramme des lambeaux enlevés. Il s'agit de 4 enfants de quatre à onze ans, 3 filles et un garçon, et 2 adultes de vingt-trois et vingt-cinq ans. Un seul de ces opérés est actuellement guéri moyennant une seconde ouverture postérieure faite ensuite par un autre chirurgien. Des fistules persistaient chez les six autres, et, quoique leur santé fût plus ou moins améliorée, l'état local persistait. Tel est le résultat. (*Lancet*, 30 janvier.)

Elle a été pratiquée une deuxième fois par M. de Cérenville sur des côtes considérablement épaissies et chevauchant l'une sur l'autre. Il a fallu forer une ouverture dans la paroi osseuse. Chez une femme de quarante-cinq ans, appartenant à une famille notoirement tuberculeuse, l'opération a réussi. Et comme une preuve que la tuberculose latente n'en est pas une contre-indication, l'auteur annonce que l'un de ses opérés tuberculeux, dont le pus présentait des bacilles, est actuellement en convalescence à Madère. (*Société vaudoise de méd.*, 6 février.)

Litten (de Berlin) propose d'apporter la modification suivante : enlever de la côte supérieure seulement un fragment inférieur et de la côte inférieure seulement un segment supérieur. Rien de plus nouveau ne se détache de la discussion sur le traitement opératoire des épanchements pleuraux, sinon que la plupart des médecins sont partisans des ponctions exploratrices et ne pratiquent la thoracentèse que consécutivement, dans les épanchements séreux, hémorrhagiques et même purulents. (*Congrès des méd. allemands*, 14 avril.)

Deux procédés en sont distingués par M. Polaillon. Rapporteur du fait remarquable où le docteur Vaslin obtint la guérison d'un empyème chronique compliqué de trois fistules par la thoracoplastie avec abrasion et drainage, il montre que ce procédé diffère essentiellement de celui d'Estlander. Sa résection costale étendue respecte la plèvre en s'adressant aux empyèmes anciens très vastes, avec organisation des fausses membranes en tissu dur et épais. Celui de Letiévant, au contraire, est une résection costale restreinte avec ouverture de la plèvre s'appliquant aux empyèmes récents, peu volumineux, cloisonnés en plusieurs loges tapissées de fausses membranes molles et mal organisées. Dans ce dernier cas, la mobilisation de la paroi thoracique ne suffit pas à la guérison. M. Vaslin a démontré qu'il faut y ajouter l'abrasion des fausses membranes avec un instrument mousse, ne pouvant amener un saignement dangereux pour le malade, et non avec la curette tranchante. Dans toutes les thoracoplasties d'ailleurs, restreintes ou étendues, le drainage et les pansements antiseptiques sont absolument de rigueur. Telles sont les conclusions du savant rapporteur. (*Acad. de méd.*, 19 janvier.)

Blessure du diaphragme. Une fille de vingt ans entrait à la clinique de l'Hôtel-Dieu, le 12 février 1883, avec une tumeur récente au niveau des huitième et neuvième côtes sur le prolongement de la ligne axillaire du côté droit. M. Peyrot porta le diagnostic de sarcome périostique et en tenta la résection le 30 mars. Mais un sifflement lui ayant indiqué que la plèvre était ouverte, il mit le doigt sur l'ouverture et après avoir réséqué ce qu'il put de la tumeur, il réunit les lèvres de la plaie.

La récidive ne tarda pas par une nouvelle excroissance comme un marron et la malade réclama une nouvelle opération qui fut pratiquée le 15 décembre 1884 par M. Humbert. Obligé de sectionner les septième, huitième et neuvième côtes, dans une étendue de 9 centimètres, il saisit le tout de la main gauche, les doigts placés en dessous du paquet à exciser, et sectionna le pédicule à coups de ciseaux, dans le neuvième espace intercostal; mais en nettoyant la plèvre, une ouverture du thorax, de 2 centimètres de large sur 7 de long, est aperçue, qui conduit le doigt sur le bord

tranchant du foie. La partie du diaphragme adhérente à la tumeur avait été enlevée avec elle, comme on s'en assura sur la pièce anatomique.

Malgré cette complication, il y eut peu d'accidents consécutifs, sauf une fistule intermittente existant à la sortie de l'hôpital, le 6 février 1885. Mais, dès le mois de novembre, une seconde récidive se montrait et cette malade, entrée à l'hôpital de Lourcine, fut de nouveau opérée sur ses instances par M. Pozzi. Bien que la cavité abdominale ne fût pas ouverte et que le poumon eût été respecté, malgré la brèche faite à la paroi thoracique, la mort survint le jour même.

Une seule lésion semblable du diaphragme se trouve dans la science. Warren enlevant une tumeur de la paroi thoracique, adhérente à la plèvre et au diaphragme, mit ce muscle à nu qui fit hernie entre les lèvres de la plaie. On le réduisit, la plaie fut suturée et le malade guérit. Dans un cas récent de Weinlechner, chez un homme de trente-sept ans avec une énorme tumeur pesant 2 550 grammes au même endroit, le poumon fut lésé et l'opéré succomba le lendemain. On peut juger, devant ces résultats, s'il n'est pas plus sage de s'abstenir en pareil cas. (*Revue mens. de chururgie,* avril.)

De la résection des côtes dans le traitement des excavations et des fistules consécutives à la pleurésie purulente, d'après des observations inédites, par le docteur de Cérenville, ex-médecin en chef de l'hôpital cantonal de Lausanne. Important travail contenant toute la pratique de l'auteur sur ce sujet. Après l'exposé de l'étiologie, le diagnostic des excavations et les procédés employés par la nature et imités par lui pour la guérison, il discute la méthode opératoire et en montre la valeur par les résultats suivants : Guérisons complètes, 5 sur 8 opérations. Avec les 3 succès d'Estlander, les 2 de Saxmann et les 3 de Bouilly, sur 5 opérations : c'est donc un total de 13 guérisons. Persistance de fistule : 2 sur 8 ; avec les 2 cas d'Estlander, les 2 de Chauvel et celui de Bouilly, pour 3 opérations : soit 7 cas.

Diminution de la cavité sans oblitération : 5 cas.

Résultats défectueux : 5 cas. Soit 20 succès et 10 revers.

La tuberculose en est une contre-indication et cependant

2 succès personnels en sont relatés et 5 de résections secondaires.

Reste son application contre les fistules internes et externes dont les péripéties et les incertitudes sont exposées dans plusieurs observations. (*Revue méd. de la Suisse romande*, nos 6, 7 et 8.)

THYROIDECTOMIE. Un grand discrédit a frappé cette opération depuis que MM. J. et A. Reverdin, à la suite de leurs nombreuses extirpations de goître, ont signalé les graves accidents observés consécutivement et désignés sous le nom de myxœdème. Kocher les ayant confirmés sur ses opérés les appelle cachexie strumiprive. C'est à peu près le même état d'idiotie crétinoïde observé à Bicêtre chez un malade privé de thyroïde. La systématisation première de ces accidents revient bien à MM. Reverdin. (Voy. *année* 1883.) Il convient donc de leur en emprunter la description, confirmée tous les jours davantage dans les différents pays par la plupart des observateurs.

Deux à trois mois après l'opération, les opérés accusent de la fatigue, l'engourdissement des membres inférieurs et la maladresse des supérieurs. A leur facies pâle et terreux se joint bientôt la bouffissure des mains et des pieds, sans œdème réel, la pression ne laissant pas de traces. La face y participe ensuite avec immobilisation des traits. La sensibilité est ralentie, l'acuité des sens diminuée, la vue baisse, l'ouïe est moins fine, le goût disparut même dans un cas. Des douleurs apparaissent dans la poitrine et la tête, avec fourmillements et élancements des membres. Une sensation de froid se manifeste, la peau se dessèche et s'écaille; les cheveux se cassent et tombent; la parole est lente, traînante et la mémoire se perd. De là la ressemblance avec le myxœdème spontané. Les vertiges, l'agoraphobie, les attaques épileptiformes, le pseudo-lipome sus-claviculaire et l'épaississement de la langue leur sont communs.

Tous les opérés ne sont pas absolument passibles de ces accidents. Sur 18, Kocher en a trouvé 2 exempts, mais avec récidive et plus tard sur 30, 24 en étaient atteints. MM. Reverdin les ont observés sur 11. Mais en limitant l'excision aux parties malades seulement, ils ont prévenu ces fâcheuses conséquences. 3 opérés ainsi en juillet 1884, en mars 1885 et

en juillet 1886, ont été présentés à la réunion des médecins suisses en août, exempts de ces accidents.

En regard des 5 faits malheureux de Baumgaertner consécutifs à l'extirpation totale de la glande thyroïde, 6 autres n'ont été suivis d'aucun accident. Il modifie donc son jugement primitif et se sépare de l'arrêt de proscription porté par Kocher contre l'extirpation totale du goître. La lésion des filets du récurrent est la cause de tous les accidents, d'après lui, et il suffit de ne pas intéresser ce nerf pour qu'aucun n'apparaisse. (*Congrès des méd. allemands*, septembre.)

D'autre part, Billroth n'a jamais vu ces accidents, et sur 50 opérés Bottini n'en a pas observé un seul cas. Masso prétend les ignorer, tandis qu'un autre chirurgien italien produit une statistique donnant 27 p. 100 d'opérés atteints de myxœdème; sur 12 malades, dont trois de treize, dix-sept et vingt ans, Bardleben n'en connaît pas d'exemple.

Sans être fatalement mortelle, cette affection consécutive plus ou moins intense peut avoir des rémissions et des rechutes, coïncidant parfois avec une extirpation incomplète. Mais le myxœdème succède aussi à ces extirpations partielles, et, la parole ayant été souvent atteinte dans ces cas, on a pensé à une lésion des nerfs phonateurs. Ce myxœdème provoqué ou chirurgical est donc moins grave que s'il est spontané chez l'adulte. (*Congrès français de chirurgie.*)

De nombreuses expériences ont été faites sur les animaux pour élucider la cause de ces accidents. Exemple : l'excision de la glande sur des singes et des chiens à Londres par M. Horsley. Grâce aux pansements antiseptiques, il y avait réunion par première intention de la plaie; puis les animaux succombaient en cinq à six semaines avec tremblements, paralysie fonctionnelle comme agitante, hémiplégie, gonflement des paupières et myxœdème consécutif. Mais, par la chaleur artificielle, la vie pouvait être prolongée quatre à six mois, en diminuant les symptômes. Le chien n'en meurt pas toujours, surtout s'il est vieux, par suite de l'atrophie du corps thyroïde avec l'âge. Les jeunes meurent rapidement avec des symptômes convulsifs, conformément à l'observation de Kocher, pour qui l'âge est aussi un puissant élément de la cachexie strumiprive. D'après les rela-

tions de la thyroïde avec le corps pituitaire, Horsley a excisé ce corps sur deux chiens, sans succès : les animaux ont vécu cinq et six mois, sans aucun symptôme spécial se rapportant à cette excision. (*Brownian lectures* et *Lancet*, 9 janvier, page 73.)

22 chiens éthyroïdés par MM. Albertoni et Tizzoni ont offert seulement 7 survivants. La cause de la mort est rapportée aux altérations du sang artériel plutôt qu'à toute autre cause. (*Archiv. per le sc. med.*, nº 1.)

Suivant MM. Herzen et Schiff, le myxœdème consécutif à l'opération serait produit par une affection cérébrale, c'est-à-dire l'accumulation d'une substance toxique formée au sein de l'organisme ou le défaut d'une substance contribuant à la nutrition du cerveau. (*Soc. méd. de la Suisse romande*, août.)

A l'appui de cette opinion, M. Fuhr ayant extirpé la thyroïde en totalité à des chiens les a toujours vu mourir en vingt et un jours, au plus tard, consécutivement à des symptômes indiquant des troubles du côté des centres nerveux. Ceux dont la glande était excisée partiellement ou ayant des glandes surnuméraires ne périrent pas. (*Archiv für experim. patholog.*, nºs 5 et 6.)

Plusieurs rapports allemands tendent à confirmer cette interprétation. Sur 25 thyroïdectomies pratiquées par le professeur Kuster à l'hôpital Augusta, de Berlin, de 1880 à 1886, 17 cas d'extirpation unilatérale n'ont pas été suivis de mort ni d'aucun symptôme ultérieur, tandis que sur 6 cas d'extirpation totale et 2 pour tumeurs malignes, 2 opérés sont morts d'hémorrhagie, 1 de phtisie, une paralysie consécutive des abducteurs a exigé la trachéotomie six mois après et la cachexie strumiprive s'est montrée chez un seul. C'était un jeune garçon de quatorze ans, admis à l'hôpital en 1883 avec un énorme goître et une extrême dyspnée. L'excision eut lieu en deux séances, avec trachéotomie préalable. Près de trois mois après, il fut ramené par son père, offrant tous les caractères de la cachexie strumiprive. (*Berlin. klin. Woch.*, nº 31.)

Sur 25 cas de cette opération rapportés par Weidmann, l'extirpation partielle fut pratiquée 17 fois avec succès et sans conséquences fâcheuses. Tous les signes de la maladie de Basedow, qui existaient chez une opérée, disparurent

ensuite. Il y avait 22 femmes et 3 hommes seulement, tous héréditaires, dont deux cancéreux. 2 opérés succombèrent à des hémorrhagies secondaires et un dut conserver une canule trachéale. Une cachexie profonde avec myxœdème s'ensuivit chez un enfant de quatorze ans. (*Deuts. med. Zeitung*, n° 96.)

Un cas de myxœdème est relaté par le docteur Gordon (d'Edimbourg) après l'excision d'un goître existant depuis six ans chez une veuve de quarante-deux ans et opérée onze ans auparavant par Lister. Elle était si changée à son retour de l'hôpital que sa mère ne la reconnut pas et que chacun témoignait de ce changement profond de sa figure et de sa voix. Elle resta faible, pâle et, six mois après, des symptômes morbides commencèrent. (*Lancet*, 10 juillet.)

Une fille de vingt-quatre ans, aux manières bizarres, ayant subi l'ablation de la glande thyroïde trois ans auparavant, fut dès lors prise de trouble mental croissant qui la fit admettre à l'asile de Préfargier. Soumise à l'examen médical le 16 juin, par le docteur Burkhardt, elle fut trouvée démente, aux idées délirantes, perversion de la sensibilité cutanée et des muqueuses, etc. Une petite tumeur de nature douteuse s'est reformée au devant du cou.

Une autre pensionnaire du même âge, qui avait subi également l'excision d'un goître assez volumineux, fut prise, trois à quatre jours après, d'une violente crise tétanique, qui s'est répétée à plusieurs reprises. La dernière coïncida avec une réapparition des règles qui semblaient définitivement supprimées. Des sensations anormales de la peau et des muqueuses avec délire hallucinatoire coïncidaient avec ces accès. Fort intelligente autrefois, elle présente actuellement un degré marqué de faiblesse intellectuelle. (*Soc. méd. neuchateloise*, 16 juin.)

En excitant l'attention générale de la presse, ces faits contradictoires et les opinions diverses en résultant ont déterminé les avis suivants. Au point de vue chirurgical, la thyroïdectomie totale n'est pas une opération physiologiquement permise pour le docteur A. Broca. S'adresser aux opérations partielles, aujourd'hui bien réglées, est la seule intervention autorisée et c'est à les perfectionner que l'on doit s'attacher. (*Gaz. hebdom.*, n° 34.)

Quant aux causes de la cachexie strumiprive ou myxœ-

dème consécutif à l'extirpation totale du goître, le docteur Young Simpson conclut à une ignorance complète. Malgré la coïncidence du myxœdème avec l'absence de la thyroïde et son hypertrophie fréquente chez les crétins, comme dans le goître exophthalmique, avec l'anémie simultanée dans tous ces cas, il ne peut admettre que la diminution de la circulation cérébrale résultant de l'hypertrophie comprimante de cette glande, ni son atrophie ou son absence, expliquent suffisamment ces altérations générales. Mais il lui paraît clairement contre-indiqué, après l'enquête faite, de recourir à l'extirpation complète de cet organe important. (*Boston med. and surg. journ.*, n° 26.)

Ligature des artères thyroïdiennes. C'est le moyen proposé et employé par Weinlechner pour prévenir tous les accidents précédents. Chez une femme de trente-trois ans, atteinte depuis l'enfance d'un goître, dont le volume, devenu excessif, causait une si grande gêne respiratoire qu'il eût été dangereux de pratiquer l'extirpation totale, il se borna à faire la ligature des deux thyroïdiennes supérieures, dont le calibre égalait celui des carotides. Il constata une amélioration rapide : disparition de la gêne respiratoire, diminution de sept centimètres dans la circonférence de la tumeur; et, sauf quelques accès spasmodiques des membres, la malade n'éprouva plus aucun symptôme. (*Wiener med. Blatter*, n° 46.)

La connexion de ces artères avec les nerfs récurrents peut être regardée comme un danger de cette ligature. Leur siège variant d'après les anatomistes, le professeur Dwight (de Boston), ayant fait des recherches spéciales à ce sujet sur 27 cadavres, a trouvé que l'artère était 7 fois en avant du nerf et 6 fois en arrière à droite, tandis qu'à gauche le nerf était 10 fois antérieur et 4 fois postérieur. Elle était absente ou très petite dans trois cas. D'où la démonstration de la possibilité de lier cette artère près de la glande en les isolant avec soin. Si la base d'une thyroïde hypertrophiée est traversée et liée en masse, il est évident que le nerf peut passer en avant de l'artère et être compris dans la ligature. (*Boston med. and surg. journ*, n° 8, 26 août.)

Goîtres et médication iodée interstitielle, par le docteur Duguet, médecin de Lariboisière. Relation de trente-quatre

cas, chez vingt-neuf femmes et cinq hommes, dont 21 guérisons, 7 améliorations de goîtres anciens et 6 malades perdus de vue. Il y avait 28 goîtres charnus ayant nécessité 266 injections et 6 goîtres kystiques n'en ayant exigé que 14. Il n'y a donc rien de nouveau dans ces faits ni dans leurs résultats que ce qui est connu déjà. Aussi l'auteur insiste principalement sur certaines modifications du manuel opératoire et de l'instrumentation pour rendre cette médication inoffensive. (*Brochure in-8°*, Paris.)

TRACHÉOTOMIE. Elle doit être remplacée, suivant M. Richelot, par la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne chez l'adulte, comme le premier cas en est rapporté en 1882. Quatre nouvelles applications personnelles en sont relatées par lui.

I. Homme de cinquante-deux ans, atteint de cancer du pharynx. La canule a été supportée facilement pendant les six semaines de survie.

II. Tuberculeux de cinquante-huit ans, pris subitement de dyspnée intense. Canule parfaitement tolérée jusqu'à la mort.

III. Rétrécissement syphilitique du larynx. Introduction facile de la canule en défléchissant la tête. Elle était encore supportée sans inconvénients 19 mois après.

IV. Cancer de la base de la langue et du larynx. La canule a été portée sans gêne pendant 80 jours de suivie.

Acquiescement et opposition sont également faits à cette substitution de la trachéotomie chez l'adulte. (*Soc. de chir.*, 24 mars, et *Gaz. hebdom.*, n° 15.) Quant à la difficulté de l'introduction de la canule, M. Nicaise peut rassurer à cet égard, en ayant constaté que l'espace inter-crico-thyroïdien est en moyenne de 7 à 8 millimètres chez la femme et de 9 à 11 chez l'homme. Une canule suffisant au passage de l'air peut donc y être placée et deux petites incisions transversales pourraient l'agrandir au besoin. Elle a d'ailleurs l'avantage, dans les cas urgents, de permettre l'entrée directe de l'air sans canule. (*Idem*, 7 avril.)

Insufflations d'iodoforme. Après deux trachéotomies sur des enfants atteints de diphtérite, un garçon de quatre ans et demi et une fille de trois ans, M. G. Shirres insuffla, dès

que la respiration fut établie avec la canule, environ dix grains d'iodoforme en poudre dans la trachée. Un léger accès de toux en résulta nécessairement, mais en répétant cette insufflation toutes les quatre heures, des fausses membranes furent expulsées fréquemment et ces deux enfants guérirent sans complications. (*Lancet*, 24 juillet.)

Enlèvement de la canule. Sur 300 trachéotomies faites à l'hôpital de la ville de Boston, l'enlèvement a eu lieu ordinairement du cinquième au septième jour après l'opération, dit le docteur Lovett; il n'a été retardé que dans 4 cas, dont il relate l'observation. La toux croupale et la dyspnée, l'asphyxie menaçante obligeaient de la replacer. Aucune cause appréciable à l'examen n'existait cependant et ce n'est qu'après plusieurs tentatives et en résistant que le passage de l'air s'établit normalement. D'où la supposition d'une paralysie diphtéritique, d'un collapsus ou d'une atonie des parois de la trachée, sinon sa contracture. (*Boston med. and surg. journ.*, 22 juillet.)

Les obstacles à l'enlèvement de la canule ne sont-ils pas plus fréquents en France et les causes n'en sont-elles pas mieux vérifiées et connues en pareil cas?

Médiastinite consécutive. Trois observations en sont relatées par le docteur Renou (de Saumur). Sur une trentaine de cas de sa pratique personnelle, cette complication serait donc assez fréquente. Dans le premier cas, la médiastinite est suraiguë; c'est un vrai phlegmon et la mort survient en trente-six heures. Elle évolue lentement, sourdement dans le second : une collection purulente se forme avec épuisement, dysphagie de l'opéré mourant le dix-huitième jour. Dans le troisième, chez un enfant anémié, débilité, sans réaction organique, elle est seulement épiphénoménale et détermine la mort le vingtième jour.

Sans être absolument nouvelle, cette complication est peu connue et à peine signalée cliniquement. Elle n'est constatée qu'à l'autopsie et est rendue probable lorsque la dyspnée et la mort ne s'expliquent ni par l'obstruction des voies respiratoires ni les complications pulmonaires. La pleurésie peut même en être la conséquence. Elle est évidemment produite par le bec de la canule descendant

trop profondément. La trachéotomie inférieure de Trousseau est donc justement délaissée à cet égard. La supérieure est bien préférable. Les ulcérations fréquentes de la paroi trachéale antérieure, constatées 15 fois dans les autopsies de 1884 à l'hôpital Trousseau, avec des fusées purulentes du médiastin dans un autre, montrent toutes les précautions à prendre à cet égard. Un véritable grattage, déterminé par les mouvements de déglutition, se produit ainsi sur la muqueuse et l'excoriation faite, l'infection, la fausse membrane, l'ulcèrent et la creusent. Le médiastin a été trouvé ouvert de dedans en dehors par la canule, dans un des cas précédents.

C'est donc dans les signes de la douleur, la dysphagie produite par ce grattage, cette ulcération, que l'on peut reconnaître cette complication dangereuse, en changeant la canule ou en adaptant un petit linge à son extrémité. (*Gaz. hebd.*, nos 3 et 4.)

Mortalité. Sur 621 enfants atteints de diphtérie et traités dans un pavillon spécial de l'hôpital Trousseau, en 1885, 142 cas d'angine ont donné 36 décès. Des 479 croups, 73 non opérés ont donné 4 décès et les 406 opérés 293. La proportion des succès est donc seulement de 27,83 p. 100, alors qu'elle était de 32 en 1883 et de 26,8 en 1884. La différence est d'ailleurs marquée suivant la saison. De 19,8 p. 100 en hiver, elle a été de 39 en été, d'après le docteur F. Revilliod. (*Revue mens. des malad. de l'enfance*, mars.)

Trachéotomie préventive. Tout en l'ayant pratiquée dans 2 cas d'extirpation de la mâchoire et d'opérations sur la langue, ce qui a provoqué un désaveu à peu près général, le docteur Monod tend à montrer qu'elle est surtout applicable dans les opérations faites dans les parties profondes de la bouche. Elle prévient ainsi les pneumonies septiques, comme il en fournit l'exemple. Langenbeck en a rapporté 2 cas mortels; des débris de tissu altéré provenant de la plaie ayant été trouvés dans le poumon à l'autopsie. 3 autres cas ont été produits ensuite et les 5 applications de Kocher montrent la réalité de ces complications et l'efficacité de la trachéotomie pour les prévenir. De ces 5 opérés, 4 furent trachéotomisés et se rétablirent; un seul ne le fut pas et mourut.

Cette trachéotomie d'origine allemande a été bientôt remplacée par le tube œsophagien, puis le tamponnement de la cavité buccale. On tend aujourd'hui à revenir à la première. M. Marchand ne l'ayant pas faite, il y a trois ans, pour l'extirpation d'un cancer du pharynx, son opéré est mort et il en eût été autrement, dit-il, si l'ouverture de la trachée eût permis un pansement plus aseptique. Dans 4 opérations de cette région, M. Polaillon n'a pas fait la trachéotomie, mais la ligature de l'une ou l'autre carotide; il n'y a pas eu de pneumonie consécutive. 2 opérés ont guéri, les 2 autres ont succombé à des hémorrhagies secondaires.

Suivant M. Trélat, elle s'impose bien plutôt contre les infiltrations, les œdèmes des replis arythéno-épiglottiques, toujours à redouter dans les opérations du fond de la bouche. Ce danger lui a été révélé récemment après l'extirpation d'un cancer de la langue. (*Soc. de chir.*, 24 février.) Voy. Tumeurs malignes de l'arrière-bouche.

Trachéotomie en ville. Sur 27 cas rapportés par le docteur Villette (de Dunkerque) et opérés par lui, il a obtenu 13 succès, soit la moitié, proportion bien supérieure à celle des hôpitaux. Il est vrai que 2 cas d'œdème, suivis de guérison, y sont compris. Mais le fait de 25 croups opérés avec 14 décès seulement n'en est pas moins remarquable. Les opérés de vingt et un mois à sept ans, comprenant 15 garçons et 10 filles, ont donné une mortalité inégale de 9 chez les premiers et de 5 chez les secondes. La méthode lente est employée ici, sauf accidents pressants, et l'incision s'étendait du bord supérieur du cricoïde au sternum; la canule est retirée aussi vite que possible, dès qu'en obstruant la plaie, l'air passe par le larynx, soit après trente-six à quarante-huit heures. De là l'absence de complications. (*Bull. méd. du Nord*, juin.)

Le succès de 2 survivants sur 5 opérés, par le docteur Sacchi, est cité aussi comme un résultat extraordinaire de la trachéotomie dans le croup à l'Académie de médecine de Gênes. (*Gazz. degli ospitali*, 21 août.)

TUBERCULOSE. Sous l'influence des doctrines parasitaires actuelles, on ne voit plus qu'inoculation partout.

Exemple : L'infirmier d'un hôpital de phtisiques avait eu pendant longtemps des ulcérations atoniques des doigts, traitées topiquement avec des pommades, des emplâtres, des caustiques et des scarifications. Aucun bacille n'existait certainement dans ces ulcères. Dernièrement, cet homme fut atteint d'un gonflement ganglionnaire considérable de l'aisselle, observé par le docteur A. Holst, qui trouva dans l'examen du pus un grand nombre de bacilles tuberculeux. D'où il conclut à une inoculation très probable par l'intermédiaire des ulcérations digitales. (*Lancet*, 10 octobre, p. 743.) N'est-ce pas bien plutôt l'effet de l'irritation même des lymphatiques, produite par les ulcérations, comme on en eût jugé il y a dix ans?

Contagion. Elle est si peu redoutable que sur 16094 malades adultes des deux sexes, soignés dans le service de M. Leudet à l'Hôtel-Dieu de Rouen de 1864 à 1885, 2813 ou 17 p. 100 étaient atteints de tuberculose pendant ces trente et un ans. 13466 des premiers ayant été admis une seule fois à l'hôpital, il n'y a pas lieu d'en tenir compte. Mais 2628 y étant rentrés de deux à vingt-neuf fois durant cet intervalle, un grand nombre auraient bien pu gagner la maladie en séjournant dans ce milieu contaminé. Or de ces 2628, 1208 ont été admis pour des affections diverses et parmi eux 277 seulement sont devenus tuberculeux, soit 22,9 p. 100. C'est donc la faible proportion de 5,9 p. 100 sur la totalité des admissions. D'où l'impossibilité de conclure à la propagation de la tuberculose pulmonaire par contagion dans les hôpitaux, tant elle est restreinte. (*Acad. des sciences*, 8 février.)

Nature mycosique. Voy. Phtisie.

Prophylaxie. L'instruction suivante, adoptée par le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine dans sa séance du 10 février, a été promulguée dans l'intérêt général comme mesure sanitaire.

L'agent le plus actif de transmission de la tuberculose réside dans les crachats.

Ceux-ci ne doivent donc être projetés ni sur le sol, ni sur les linges, où ils se transforment en poussières dangereuses.

En conséquence, il faudra recommander aux malades de cracher dans des vases contenant de la sciure de bois.

Ces vases seront vidés au moins une fois par jour et lavés à l'eau bouillante.

Leur contenu sera jeté au feu et brûlé.

Dans les grandes agglomérations (écoles, ateliers, casernes, hôpitaux), on devra veiller à l'application de ces mesures.

En cas de location d'une chambre garnie longtemps habitée par un phtisique, et surtout en cas de décès, il sera nécessaire de désinfecter au soufre la chambre et la literie, comme il a été indiqué dans les précédentes instructions.

Les vêtements des phtisiques ne seront utilisés par d'autres personnes qu'après avoir été lessivés ou passés dans une étuve à vapeur.

Acétate neutre de cuivre. Partie essentielle de la liqueur de Villatte, si utilement employée contre les affections scrofulo-tuberculeuses, il a été expérimenté en usage interne et externe par le professeur Luton avec avantage. Une pommade au trentième réussit très bien sur les ulcères scrofuleux, le lupus tuberculeux, les trajets fistuleux provenant des abcès froids, des abcès ganglionnaires, des tumeurs blanches ouvertes. Son contact n'est pas très douloureux, et les malades le supportent aisément. Sous son influence, les fongosités des ulcères fondent; la plaie prend un meilleur aspect et se cicatrise rapidement.

L'usage interne à la dose de 1 centigramme chaque soir, longtemps après le dernier repas, en l'associant à 25 milligrammes d'extrait d'opium pour le faire tolérer et amener le sommeil, a été favorable chez plusieurs phtisiques. Il a pu être élevé graduellement jusqu'à 4 centigrammes chez quelques-uns et parfaitement toléré sans opium. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, février.)

Le *vert-de-gris* fabriqué dans le Midi favorise l'engraissement de la volaille et les ouvrières qui le préparent sont exemptes de chlorose. (Voy. Acétates, 1864.)

Acide lactique. Après les résultats surprenants obtenus par le professeur Mosetig avec cet agent contre les épithéliomas cutanés (Voy. Cancer, 1885), M. Bum l'a essayé con-

tre les affections fongueuses de nature tuberculeuse de la peau, des parties molles, du tissu cellulaire sous-cutané et les ganglions lymphatiques. Il a détruit aussi des granulations fongueuses, en remplaçant avantageusement la curette, et les cicatrices restent molles et unies sans récidive locale. Au lieu d'agir comme caustique, c'est une espèce de fondant.

D'après les faits de Kranse, communiqués à la Société de médecine de Berlin le 14 octobre 1885, et ceux de Jellinck, au Collège des médecins de Vienne le 9 novembre suivant, contre la tuberculose du larynx, cet acide agit sur les muqueuses comme sur la peau. (*Wiener med. Woch.*, n° 47, 1885.)

Thérapeutique chirurgicale. Deux phtisiques ont été opérés par le docteur Mabout, chirurgien militaire : l'un, amputé pour une carie du 4e métatarsien, a guéri; l'autre, atteint de tumeur blanche du genou, a succombé après une amélioration passagère. Quoique peu encourageants, ces deux faits ont été soumis à la Société de chirurgie comme des exemples à suivre et le rapporteur, M. Chauvel, a même recommandé une amputation plus précoce dans la tuberculose osseuse. On doit y arriver, suivant lui, comme pour le sarcome et le carcinome des os. Un vieux militaire amputé *in extremis* a recouvré une santé satisfaisante.

Contre les tumeurs blanches très douloureuses, l'amputation est un acte d'humanité approuvé par M. Lucas Championnière. Il accepte les opérations partielles, d'après les exemples de M. Ollier, des phtisiques ayant guéri ensuite; mais à la condition d'enlever tous les tissus malades sans aucune négligence. La résection n'expose pas plus que les amputations ni les grattages à réveiller ni activer la tuberculose. Il suffit d'en sauver ou d'en améliorer quelques-uns pour justifier ces opérations. L'intervention précoce, hâtive, n'est pas recommandable; l'avenir est aux opérations partielles, après avoir traité, autant que possible, l'état général et local de ces malades. Être extrêmement conservateur jusque-là, en s'en tenant à l'immobilisation, aux révulsifs, tant que la peau est intacte, suivant M. Verneuil, et être absolument radical ensuite, voilà le rôle du chirurgien.

Une carie tuberculeuse des deux premiers métatarsiens,

soumise à l'amputation de Lisfranc par M. Reclus, fut suivie d'une réunion immédiate. Une récidive apparente fit proposer l'amputation de la jambe. Elle fut refusée par le malade et il n'en guérit pas moins. Des résections du genou, pratiquées en pareil cas par M. Le Fort, étaient sans récidive sept et dix ans après.

Ces opinions montrent que les membres de la Société de chirurgie sont plus disposés à intervenir maintenant que lors de la dernière discussion, il y a trois ans, sur le même sujet. Telle est la conclusion du professeur Trélat, pour qui il faut enlever toutes les parties malades, les os comme les parties molles, dès qu'il s'agit de tuberculose. (*Soc de chir.*, février.)

A l'appui, M. Nicaise montre un homme atteint d'abcès froids, ostéite et ostéo-arthrite tuberculeuse, chez lequel le chirurgien a poursuivi par diverses opérations les foyers multiples d'infection de la tuberculose. Il a subi notamment l'amputation de l'avant-bras droit et de la jambe et en est guéri sans aucun signe de lésions viscérales.

A ce bel exemple de guérison de la tuberculose locale et de la puissance d'une chirurgie rationnelle, M. Reclus cite un hôte de Bicêtre, âgé de cinquante-six ans, d'une parfaite santé, ayant une véritable odyssée pathologique à cet égard. Amputé d'un métatarsien pour carie, dès sa jeunesse, il avait subi l'amputation de Chopart ensuite, puis celle de la jambe plus tard. Quelques années après, on dut lui amputer partiellement la main, l'avant-bras et enfin le bras. Ce malade avait en outre eu de nombreux abcès froids dans diverses régions du corps et une hémoptysie à dix-sept ans. (*Idem*, 31 mars.)

Coxotuberculose, leçons faites à la Faculté de médecine de Paris, par le professeur Lannelongue, chirurgien de l'hôpital Trousseau, recueillies par le docteur Ménard, chef de clinique. 1 vol. in-8° avec 35 figures dans le texte et 4 planches en chromo-lithographie, Paris.

Tuberculoses locales. La présence du bacille spécifique en étant le principal caractère plutôt que des signes cliniques particuliers, il convient de distinguer celles qui, isolées dans les divers organes, sont ordinairement l'expres-

sion de la diathèse tuberculeuse généralisée et celles qui existent isolément et guérissent même sur place. Telle est la scrofule, notamment les écrouelles, qui en sont la plus fréquente manifestation, et le lupus tuberculeux. Ces affections externes et ordinairement apparentes, réputées tuberculeuses aujourd'hui, guérissent souvent sur place par un traitement topique local, sans qu'aucun autre phénomène de tuberculisation éclate. D'où la preuve clinique, selon M. Marfan, que ce ne sont pas là de vraies tuberculoses locales, malgré la présence du bacille spécifique, et que celles-ci n'existent pas en réalité au sens vrai du mot; la généralisation du tubercule en étant le caractère essentiel.

A l'appui de sa thèse, il signale 12 observations de lupiques guéris à l'hôpital Saint-Louis, et 2 cas d'écrouelles recueillis à la Pitié sans aucune trace de phtisie pulmonaire.

Sur 72 lupiques traités en 1885 à la policlinique du docteur Vidal, 70 avaient les poumons sains et 2 seulement les avaient altérés. C'est en auscultant trop légèrement ces malades qu'on les taxe de phtisiques. Quant aux enfants écrouelleux, ils guérissent habituellement sans devenir poitrinaires ensuite, comme les exemples s'en rencontrent tous les jours par leurs cicatrices indélébiles; la phtisie n'accompagne que les écrouelles des adultes.

Au contraire, beaucoup de phtisiques ne présentent aucun de ces stigmates morbides. Sur 182, la thèse de Quinquand en signale 39 seulement comme en étant marqués. Il suffit de parcourir l'hôpital Laennec, par exemple, pour se convaincre de la rareté de cette association : 2 phtisiques sur 72 avaient un lupus ou des écrouelles non guéries dans l'enquête faite par l'auteur à ce sujet.

Quant aux phtisiques ayant eu du lupus ou des écrouelles guéris depuis longtemps, on n'en trouve pas. Ou il existe encore des points suspects des cicatrices, soit une ulcération ou suppuration sous une petite croûtelle lorsqu'il y a phtisie positive, réelle, ou bien c'est la phtisie scrofuleuse de Bazin. Deux femmes, portant des cicatrices bien guéries d'écrouelles au cou, présentaient des signes du premier degré de la tuberculose au sommet gauche; mais leur santé générale était si parfaite et leur embonpoint marqué que jamais elles n'eussent autrement attiré l'attention du médecin de ce côté.

Écrouelles et lupus ne sont donc pas des tuberculoses locales; au contraire, elles sont l'immunité même de la tuberculose pulmonaire, et c'est ainsi que des cliniciens émérites comme Bazin et Lasègue avaient signalé déjà les différences de ces deux affections. L'auto-inoculation des premières n'est donc pas à craindre. M. Cornil n'a jamais pu inoculer le lupus, pas plus que M. Vidal, et sur 300 lupiques scarifiés par lui, au lieu de l'inoculation tuberculeuse, le mal local a toujours rétrocédé.

D'où cette conclusion que les prétendues tuberculoses locales n'existent pas autrement; les opérations faites contre elles ne manqueraient de la généraliser. Sur 148 relevées à l'appui, 2 fois seulement la tuberculose s'est généralisée. C'est la revanche de la clinique contre l'expérimentation. A chacun de juger de leur valeur respective. (*Arch. de méd.*, avril.)

Tuberculose cutanée. Elle est étudiée et décrite soigneusement dans ses formes multiples et variées par le docteur Lailler et son interne, A. Mathieu, dans une revue critique, sous le titre de lupus et tuberculoses cutanées, où les objections élevées contre l'assimilation du lupus et de la scrofulodermie à la tuberculose sont combattues par des faits d'inoculation positive. Mais cette étude brille surtout par le diagnostic différentiel net et précis entre ces affections cutanées et celles qui se confondent avec elles, les syphilides ulcéreuses notamment. Elle mérite ainsi d'être signalée. (*Archiv. de méd.*, juillet et août.)

Lupus. En étant une forme de la tuberculose cutanée, il s'agit de détruire sur place le bacille qui le produit et l'entretient. A cet effet, le professeur White (de Boston) a employé dans 12 cas une pommade et des lotions avec 5 à 10 centigrammes de bichlorure de mercure par once d'excipient, 2 à 4 p. 100 d'acide salicylique sont dissous dans l'huile de ricin pour les lotions.

Le lupus au début est rapidement modifié par ces préparations et la peau revient bientôt à son état naturel. Dans les formes ulcéreuses, le sublimé est plus lent et moins sûr; les lotions sont préférables. Il est nécessaire de se mettre en garde contre la salivation, quand le mal existe près de la bouche.

Forme verruqueuse. Elle est distinguée par Riehl, d'après 15 exemples observés sur des sujets robustes, vigoureux, dont le plus jeune avait dix-neuf ans et le plus âgé quarante-cinq. Tous étaient exposés par leur profession au contact des animaux ou des matières animales. Il y avait 6 bouchers, 3 cochers et 3 cuisinières.

Un disque érythémateux d'un rouge clair, apparaissant exclusivement au dos des mains et des doigts, montant jusqu'au tiers inférieur des avant-bras, en est le caractère. Des pustules en résultent, puis des croûtes, laissant à nu, en tombant, une surface rugueuse brune ou violacée. Des papillomes de plusieurs millimètres s'y élèvent en quelques semaines avec un revêtement corné. D'autres pustules croissent entre ces papillomes, et, après quelques semaines, la suppuration se tarit et les productions cornées tombent en laissant des cicatrices lisses indestructibles.

Cette affection se développe toujours du centre à la circonférence. Les plaques les plus étendues peuvent être cicatrisées quand la périphérie est encore le siège de déterminations actives. L'affection est généralement rebelle et chronique et dure depuis deux ans jusqu'à quinze. Dans tous les cas, des bacilles ont été constatés dans la suppuration. Son analogie avec le tubercule anatomique semble ainsi la faire procéder directement du virus tuberculeux. L'emploi des caustiques, l'excision et le raclage avec pansement à l'iodoforme, sinon l'emploi du thermocautère ou du galvanocautère, sont les meilleurs moyens d'en empêcher l'extension. (*Soc. des méd. de Vienne*, octobre 1885.)

Tuberculose infantile. Sur 339 enfants de moins de deux ans, entrés avec leurs mères à la crèche de médecine de l'hôpital Tenon, pendant l'année 1885, 61 sont décédés et 35 autopsies ont donné 11 tuberculeux, d'après MM. Landouzy et Queyrat. 6 étaient âgés de un an à 23 mois et 5 de 3 à 10 mois, soit une proportion de 31,4 p. 100 de tuberculose sur le nombre d'autopsies et de 18 p. 100 sur la totalité des décès. D'où la différence énorme avec celle de 2,8 p. 100 seulement, constatée par M. Hervieux sur 996 autopsies d'enfants morts à l'hospice des Enfants trouvés, n'ayant donné que 18 tuberculeux, âgés de zéro à deux ans.

D'où vient cette différence énorme de la tuberculose infantile? Tout simplement de ce que la première statistique est basée sur un examen macroscopique et que celle-ci résulte de l'examen bacillaire. Maintes broncho-pneumonies, dites *a frigore* ou rubéoliques, sont démontrées tuberculeuses par l'infection bacillaire. Cette infection garde ainsi ses allures de maladie générale, bien plus chez le bébé que chez l'enfant de sept à dix ans. La localisation sur le poumon est même souvent très peu de chose comme étendue et profondeur, et c'est en voyant la mère mourir tuberculeuse que l'examen du bébé de 4 mois, mort 14 jours après de convulsions avec fièvre, montrait un nid de bacilles dans un ganglion caséeux. Un autre de deux mois, né d'une mère atteinte de tuberculose aiguë, présentait un petit noyau de broncho-pneumonie démontré bacillaire. La tuberculose du premier âge serait ainsi infiniment plus fréquente qu'on ne l'admettait jusqu'ici. (*Soc. méd. des hôp.*, 9 avril, et *Gaz. hebd.*, nos 16 et 17.)

Cette fréquence peut être établie macroscopiquement, suivant le professeur Damaschino. Il a appelé souvent l'attention des élèves sur ce point spécial depuis 1878. Les granulations grises à la surface des viscères, le foie, les reins et la rate en particulier, suffisent à établir la nature tuberculeuse de la maladie pulmonaire. Fréquente chez l'adulte, cette dissémination est la règle dans l'enfance. La phtisie pulmonaire ulcéreuse à marche lente se rencontre ainsi au premier âge, quoique rare et difficile à distinguer de la bronchite purulente chronique. La présence des bacilles est nécessaire en pareil cas par l'examen des mucosités bronchiques obtenues par un vomitif. (*Idem*, 23 avril.)

Tuberculose du sein. Depuis la promulgation de ce fait par M. Dubar (Voy. *année* 1882), de nouveaux exemples en ont été constatés ici et là. Un seul avait été observé auparavant par M. Moutard-Martin et encore sa nature n'était pas explicitement confirmée par M. Horteloup, en le faisant connaître. Les faits de MM. Le Dentu, Duret et Verneuil sont venus l'affirmer depuis par l'examen histologique, comme dans ceux d'Ohnacker observés chez deux femmes, de trente-trois et de quarante-quatre ans. Orthman en a publié deux nouvelles observations l'année dernière,

l'une à la clinique du professeur Marchand (de Marburg), sur une femme de quarante-deux ans exempte de tout symptôme tuberculeux ailleurs. Cette tumeur du sein, devenue fistuleuse, fut enlevée avec les ganglions voisins et des bacilles furent constatés dans ceux-ci. L'examen de la seconde tumeur montra jusqu'à 20 à 30 bacilles dans les canaux excréteurs de la glande. Il est vrai que la malade succomba à une tuberculose généralisée. Ces détails sont donnés par le professeur Leudet (de Rouen), pour les distinguer de l'hypertrophie de la mamelle. (*Archiv. de méd.*, janvier.)

Un dernier cas vient d'en être observé par le professeur Folet (de Lille) chez une femme ayant eu un abcès du sein pendant sa grossesse deux ans auparavant. Une seule des ouvertures fistuleuses persistait avec une induration de la grosseur d'une noix. Le pus examiné contenant des bacilles tuberculeux et deux cobayes inoculés en étant morts, la mamelle fut enlevée. L'opérée a guéri, n'ayant rien dans les poumons; il n'y avait même pas de ganglions axillaires. Différence caractéristique avec les faits précédemment observés. Une femme de dix-huit ans du service de M. Paquet, présentant des lésions tuberculeuses de la mamelle, offre ainsi un engorgement des ganglions axillaires, très notablement diminué par le curage et le raclage de ceux-ci. (*Soc. centrale de méd.*, 12 décembre, et *Bull. méd. du Nord*, février.)

Il faut en distinguer toutefois les cas d'hypertrophie de la mamelle, signalée chez les tuberculeux par M. Leudet, et dont il rapporte trois observations détaillées chez des ouvriers de vingt-trois, trente-trois et trente-huit ans, faites à l'Hôtel-Dieu de Rouen. Cette affection débute par des douleurs de la paroi thoracique correspondante et l'augmentation de la glande dans sa totalité, allant parfois jusqu'à 5 centimètres, sans aucune induration, ni coloration de la peau, ni adhérences, ni empâtement du tissu cellulaire. Des douleurs spontanées, mais existant surtout au contact et à la pression, se déclarent alors sans aucune irradiation. Cet accroissement de la tumeur durant un à deux mois reste dans le *statu quo* un temps illimité, pour diminuer ensuite au point de revenir à l'état normal. Aucune analogie que le siège du mal n'existe donc avec la

tuberculose du sein se distinguant par l'adénite strumeuse de l'aisselle, l'induration isolée ou conglomérée de la glande et se terminant par l'induration.

Deux nouveaux cas de cette hypertrophie de la mamelle, rapportés par l'auteur, confirment entièrement cette distinction avec la tuberculose du sein. (*Archiv. de méd.*, janvier.)

Tuberculose congénitale du thymus. Un nouveau-né, issu de parents sains, mort de marasme le quarante-deuxième jour de sa naissance, présenta à l'autopsie, faite par le docteur Demne, trois tubercules comme un pois et un quatrième comme une noisette dans le corps du thymus. L'examen microscopique décela la présence du bacille caractéristique, mais en petit nombre. Aucun autre organe n'en contenait; c'était donc une tuberculose congénitale. (*Fortschr. der med.*, n° 9.)

Tuberculose rénale. La présence du bacille spécifique dans l'urine en est devenu le meilleur signe. Le docteur Marpurgo a observé un malade, le 7 janvier, avec le professeur de Giovanni de Padoue, dont l'urine, légèrement albumineuse et d'une gravité de 1026, contenait un grand nombre de ces bacilles correspondant exactement à ceux décrits par Koch. D'où le diagnostic de tuberculose rénale. (*Archiv. per le scienc. med.*, n° 19.)

Tuberculose génitale. Sur 60 cas observés par le docteur Simmonds, 35 ayant été examinés après la mort, l'épididyme était atteint dans 31 cas, les vésicules dans 29, la prostate dans 26 et le testicule dans 16. Il est admis généralement, quand les deux testicules sont atteints, que l'un a infecté l'autre par l'intermédiaire du cordon déférent et de la prostate. Mais sur les 5 cas de ce genre, 2 fois les organes intra-pelviens étaient absolument sains.

Quant à la tuberculose génito-urinaire, l'origine en est plus fréquemment dans les organes génitaux que dans les conduits urinaires. Sur 14 cas, les reins étaient seulement atteints dans 9, la vessie et les vésicules dans 13, la prostate et les épididymes dans 12. D'où l'évidence clinique que la tuberculose de la vessie est la conséquence d'une épididymite tuberculeuse.

Les poumons étaient plus ou moins atteints dans 31 cas, sans pouvoir déterminer si l'origine en était primitive ou secondaire, excepté dans 3 cas de tuberculose miliaire aiguë où elle était évidemment consécutive.

Aucune évidence de la transmission de la maladie à la femme ne fut constatée. (*Soc. méd. de Hambourg*, et *Deutsch med. Woch.*, n° 1.)

Tuberculose du genou. Voy. ARTHRECTOMIE.

TUMEURS. Chez les sujets atteints de tumeurs mélaniques, le sang contient toujours au microscope, d'après M. Nepveu, des granulations libres et des leucocytes plus ou moins mélaniques. C'est là une contre-indication de leur excision. Les embolies vasculaires en résultant diminuent dès leur extirpation, pour reparaître plus fortes lors de la récidive. (*Association française*, 14 août, et *Gaz. hebd.*, n° 38.)

Tumeurs multiples des os. Aux deux cas de tumeurs molles et malignes, récemment signalés par les chirurgiens allemands, le professeur Zahn (de Genève) en ajoute deux autres observées par lui, dont la première a déjà été communiquée au Congrès des médecins allemands sous le nom de myélome multiple. Formées de tissu embryonnaire, ces tumeurs envahissent les tissus environnants et se généralisent par continuité. Elles sont malignes en déterminant une anémie grave et détruisant la moelle osseuse. Chez la malade de cinquante-quatre ans, observée à la clinique médicale du professeur Révilliod, le mal commença subitement par des symptômes généraux avec albuminurie, beaucoup de vertiges, d'agitation, le manque d'appétit, puis elle s'affaiblit rapidement avec douleurs croissantes dans les membres inférieurs, bientôt incapables de supporter le corps. Portée de son fauteuil au lit, la malade se fractura presque spontanément le fémur gauche. Entrée à l'hôpital le 19 septembre 1885, elle succombait le 2 janvier, ayant toujours eu de la fièvre.

Il faut dire qu'un squirrhe du sein droit suffisait peut-être à expliquer cet état, surtout avec la broncho-pneumonie bilatérale constatée. Mais les lymphosarcomes ren-

contrés dans les os spongieux et vers les parties spongieuses des os longs fixent ici exclusivement l'attention. Ce sont de petites tumeurs grisâtres, peu vascularisées et transparentes, molles, parfois diffluentes, ou bien solides et même dures. On peut donc se demander si elles ne sont pas l'effet de la cachexie carcinomateuse.

Il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit d'anémie lymphatique myélogène. Le traitement arsenical a réussi en pareil cas. Il y a donc lieu de distinguer ces différentes tumeurs d'après leurs symptômes. (*Soc. méd. de la Suisse romande*, août, et *Revue méd.*, n° 9.)

Tumeurs sanguines du crâne. En observant une tumeur de ce genre, molle et irréductible, chez un enfant, le professeur Lannelongue diagnostiqua un angiome. A l'autopsie, il lui trouva un pédicule s'enfonçant entre les deux pariétaux et communiquant par de grosses veines avec le sinus longitudinal supérieur. 21 cas analogues recueillis par l'auteur en montrent le caractère. Congénitales dans 12 cas, elles succédèrent au traumatisme dans 7 autres, l'origine en étant indéterminée dans 2.

5 cas des premières, examinés anatomiquement, ont montré un angiome véritable communiquant avec les veines; d'où deux variétés de ces tumeurs sanguines : celles qui résultent du traumatisme étant produites par l'ouverture du sinus ou des veines émissaires. La compression directe est l'unique traitement dans celles-ci. Elle est contre-indiquée dans l'angiome, où l'extirpation serait la méthode de choix. (*Congrès français de chirurgie.*)

L'excision peut aussi être employée avec succès dans les tumeurs du cou profondément situées. Trois succès en sont relatés par M. A. Barker sur des hommes jeunes, c'est-à-dire de quinze, vingt-trois et trente-cinq ans. (*Lancet*, 30 janvier.)

Tumeurs malignes de l'arrière-bouche. Bon travail clinique de M. Castex reposant sur 35 observations dont 11 personnelles à l'auteur recueillies dans les hôpitaux. Sur 31 faits, 21 étaient des épithéliomas des amygdales, siège le plus fréquent de ces tumeurs. Le voile du palais vient ensuite, puis le pharynx, où les tumeurs adénoïdes

dominent et dont les procédés opératoires sont le moins fixés. La symptomatologie, le diagnostic et le pronostic en sont étudiés séparément et le traitement opératoire en est figuré d'après les divers procédés employés. L'usage de la cocaïne en facilitant ces opérations et la trachéotomie préliminaire, en en prévenant les dangers, sont les nouvelles conditions, jointes à l'antisepsie, propres à les entreprendre avec plus de sécurité, quand il est possible de les exécuter de bonne heure. La récidive est toujours à redouter autrement et ce ne sont plus que des opérations palliatives, comme les faits invoqués le démontrent. (*Revue mens. de chirurg.*, janvier et février.)

Trachéotomie préventive. (Voy. ce mot.)

Tumeurs abdominales. *Complications cardiaques.* Observées dans le cœur gauche par M. Sébileau, chez des porteurs de très volumineuses tumeurs dans le ventre, elles consistent dans de l'hypertrophie ou de la dilatation, ensemble ou séparément. La première est obscure et d'autant plus difficile à constater que le diaphragme refoulé par la tumeur laisse le volume du cœur incertain et trouble le résultat de la percussion. Le bruit de galop n'a jamais été observé.

La dilatation, en produisant une insuffisance mitrale, se traduit par du souffle systolique à la pointe, du frémissement cataire et les autres symptômes de cette lésion.

L'une et l'autre paraissent dues à la résistance des tumeurs, leur vascularisation ou leur nature utérine. Entre les diverses hypothèses, l'auteur attribue ces lésions à un réflexe semblable à celui qui produit les ectasies du ventricule droit, constatées par le professeur Potain à la suite des affections gastro-hépatiques. Elles lui semblent même originaires des troubles du cœur droit récemment décrits par Rose et M. Nélaton. (*Soc. de biol.*, 31 juillet.) Voy. LAPAROTOMIE, LIPOMES DU MÉSENTÈRE.

Tumeurs de la vésicule biliaire. *Ponction.* Une femme de soixante ans, de bonne santé ordinaire, fut prise soudainement d'une violente douleur épigastrique s'étendant graduellement à l'hypocondre droit devenu sensible. Un léger ictère apparut localement, puis il disparut, malgré la

pâleur des selles. L'aiguille de la seringue à aspiration, plongée dans la vésicule, donna au docteur Irving un liquide brun clair. Trois jours après, un épanchement apparent s'étendait jusqu'à la crête iliaque. 62 onces d'un liquide visqueux, jaune noirâtre, en furent retirées par l'aspirateur. Les fèces restaient pâles néanmoins. Cinq jours après, une évacuation copieuse du rectum donna un fluide semblable à celui aspiré. Ni frisson ni fièvre ne furent observés, excepté un seul jour, et la malade se rétablit rapidement. Le liquide examiné contenait un sédiment composé principalement de cholestérine et de pigment biliaire.

M. Mayo, en pareil cas, préfère la cholécystotomie, tandis que le docteur Eddison trouve cette opération très grave dans les cas aigus, alors que l'aspiration préliminaire peut suffire à détruire l'obstacle. (*Leeds and west riding med. chir. Soc.*, 5 mars, et *Lancet*, 24 avril.)

Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire. Thèse d'agrégation à la Faculté de médecine de Paris par le docteur Denucé, Paris, 1886. Les signes distincts des néoplasmes apparaissent trop tard ici pour que la chirurgie soit efficace. La gravité de l'obstruction des canaux excréteurs par les calculs a surtout occupé l'auteur, à cause du danger de la rétention biliaire et la cholémie consécutive amenant rapidement la mort. Après le diagnostic établi, il ne faut pas hésiter à intervenir chirurgicalement. Les opérations à cet effet sont décrites *in extenso*, de manière à faire de cette monographie un guide pour les pratiquer.

Tumeurs du triangle de Scarpa. L'extirpation au thermocautère d'une tumeur de l'aine en août 1884, chez une femme de soixante-treize ans, suivie de guérison, a été l'occasion pour M. Kirmisson d'une revue intéressante des opérations analogues et des dangers en résultant. Le résumé de 13 cas montre le peu de dangers inhérents à la dénudation de la gaine des vaisseaux sans ligature ni excision, par les résultats de 10 guérisons et 3 morts. 9 cas de blessure de la veine fémorale ont donné 4 guérisons et 5 morts, en démontrant que la ligature du vaisseau n'entraîne pas la gangrène du membre. La ligature de l'artère et de la veine dans 7 cas est beaucoup plus grave; elle n'a donné

que 2 guérisons. L'ouverture du péritoine n'eut pas une suite aussi funeste : il suffit de fermer cette plaie antiseptiquement pour obtenir la guérison. Les indications et les contre-indications de ces divers procédés résultent ainsi clairement de cette intéressante étude de chirurgie topographique. (*Revue mens. de chir.*, n° 5, mai.)

Tumeurs végétantes du péritoine pelvien. D'après leur aspect arborescent et l'ascite considérable qu'elles déterminent, elles étaient considérées comme des cancers par le docteur Péan et il avait jusqu'ici hésité à les opérer. L'une d'elles ayant été soumise à l'examen de Ch. Robin, le savant histologiste en a constaté la nature épithéliale et cependant non maligne. A l'appui de ce pronostic rassurant, une femme opérée depuis deux ans d'une de ces tumeurs est présentée comme parfaitement guérie et jouissant d'une bonne santé. D'où la preuve de la nature bénigne de ces tumeurs et l'indication de les enlever sans crainte de récidive. (*Acad. de méd.*, 25 mai.)

Tumeurs rénales. L'attention est tellement fixée sur les kystes de l'ovaire que, dès qu'il s'agit d'une femme, toute tumeur du ventre un tant soit peu obscure y est rapportée *a priori*. Une femme de quarante-quatre ans, dont le ventre se développait depuis quinze à dix-huit mois de bas en haut, s'étant présentée à M. Hallez, il diagnostiqua un kyste de l'ovaire avec quelques restrictions en l'adressant au docteur Paquet (de Lille). La grande mobilité de cette tumeur et la sonorité particulière qu'elle rendait de haut en bas à gauche firent admettre une tumeur fibro-kystique. On ouvrit donc le ventre qui décela une tumeur solide par la ponction. Des veines grosses comme le doigt sillonnaient sa surface et la décortication conduisit sur le rein gauche qui en formait le pédicule. Une hémorrhagie considérable se déclare dont l'hémostase est longue et difficile. L'opérée succombe trente-six heures après l'opération dans un affaissement brusque et en pleine connaissance.

Du poids de 12 à 14 kilogrammes, cette tumeur était formée d'un tissu aréolaire, spongieux, gorgé de sang; les mailles constituées par du tissu sarcomateux. Le rein était sain. Sa capsule était le point de départ de cet angio-sarcome énorme.

Le diagnostic était certes très difficile, mais il est évident que si l'idée préconçue de kyste ne se présentait aussitôt et si l'ouverture du ventre n'était faite... très facilement, on y eût réfléchi plus longtemps. Suivant M. Dubar, la sonorité existant à gauche, du haut en bas, et due à la présence du colon descendant, pouvait mettre sur la voie du point de départ de la tumeur. M. Duplay a insisté sur l'importance de ce signe dans les tumeurs rénales. Si cette sonorité se rencontre dans celles de l'ovaire, par l'adhérence du colon, c'est l'exception. (*Soc. de méd. de Lille*, 14 mai.)

Tumeurs de la vessie. Leur fréquence est exprimée par les chiffres suivants, d'après Kuster. Sur 8137 affections chirurgicales observées durant une pratique hospitalière de trente-cinq ans, elles sont de 0,12 pour 100 de l'ensemble des affections chirurgicales; de 3,02 des affections des voies urinaires, et de 0,25 des diverses tumeurs, au lieu de la proportion de 0,30 admise par Gurlt.

Les tumeurs bénignes étant beaucoup plus fréquentes que les malignes, n'est-il pas probable qu'un certain nombre passent inaperçues des malades comme du chirurgien? cette proportion ne peut donc être considérée comme absolue. (*Revue mens. de chir.*, juillet.)

Diagnostic. Il peut être fait, dans l'immense majorité des cas, sans opération exploratrice, d'après le professeur Guyon. Le signe de l'hématurie sans cause appréciable, et persistant malgré le repos, devient pathognomonique à cet effet, si elle dure. Le cathétérisme simple, déterminant une hématurie abondante et durable décèle à coup sûr une tumeur.

Les hématuries d'origine rénale se distinguent par le volume du rein à la palpation et le ballottement rénal, si le rein n'est fixé par une inflammation périphérique. Le varicocèle symptomatique en est aussi une indication. Les coliques néphrétiques et l'expulsion de caillots cylindriques en sont d'autres probabilités.

L'épaisseur de la paroi vésicale et le volume de la vessie, constatés par le toucher rectal dans le décubitus, sont encore d'autres signes des tumeurs; tandis que le cathétérisme explorateur n'en fournit aucun de certain, à moins

que celles-ci ne soient uniques, développées, assez résistantes et ne donnent lieu à une hémorrhagie.

L'expulsion de fragments des tumeurs avec l'urine est le symptôme le plus caractéristique.

Quant à la nature, au siège et à l'étendue de la tumeur, l'exploration directe par la boutonnière de Thompson est souvent insuffisante. L'âge de ces néoplasmes étant celui des périnées épais et des prostates volumineuses, elle ne permet de rien voir et de faire seulement le toucher vésical, toujours insuffisant. Les tumeurs molles y échappent ainsi que leur nombre et leur siège même. Sitôt l'existence d'une tumeur constatée, la taille hypogastrique est préférable pour en préciser la nature, le siège et l'étendue. (*Congrès français de chirurgie.*)

Traitement. Dès que l'infiltration considérable des parois de la vessie n'est pas reconnue par le toucher, la taille hypogastrique est, d'après le même auteur, la meilleure à employer. En éclairant le diagnostic, elle peut être en même temps curative, si la tumeur est bénigne; si elle est maligne, il ne servira pas plus d'intervenir tôt ou tard. Ces tumeurs siégeant ordinairement dans le bas-fond sont inopérables par l'excision. La cystite, la rétention d'urine ne sont pas limitées à celles-ci, et, dès que l'hématurie se manifeste, il est déjà trop tard. Elles infiltrent la paroi, tandis que les autres restent localisées et ne se propagent pas. Dans l'un et l'autre cas, l'opération devant être radicale et l'examen intérieur de la vessie étant nécessaire, il faut recourir de préférence au grand appareil.

Sur 18 opérations pratiquées sur 15 malades, il s'agissait 13 fois de tumeurs malignes dont 2 opérés seulement paraissent devoir guérir. L'opération ne réussit qu'à apaiser les accidents. (*Idem.*)

Taille hypogastrique. Au lieu de la boutonnière périnéale de Thompson pour l'excision des tumeurs de la vessie (Voy. *année* 1885), la voie du grand appareil semble être préférée par les chirurgiens français, en raison de sa facilité et son innocuité, sur la précédente. Telle est du moins l'opinion exprimée par le docteur Folet (de Lille) en présentant les pièces anatomo-pathologiques d'une tumeur polypeuse,

grosse comme une châtaigne, implantée sur le bas-fond de la vessie au voisinage de l'uretère droit, dans ses *Considérations* à ce sujet.

Dès 1876, ajoute le professeur Paquet, la taille périnéale fut pratiquée pour soulager les malades atteints de rétention d'urine, de cystite sans calcul. Il est hors de doute que certaines cystites, rebelles, ne soient symptomatiques de tumeurs vésicales. On peut donc actuellement s'adresser à la taille hypogastrique. Elle est facile, même chez le vieillard, et malgré toute l'attention apportée dans 23 tailles périnéales, j'ai blessé quelquefois des artères et des nerfs. Je préfère donc la taille hypogastrique. (*Soc. centrale de méd. du Nord*, 18 octobre, et *Bull. méd.*, octobre.)

Tumeurs congénitales plantaire et palmaire. Chez un enfant de treize mois, M. Lockwood rencontra à l'autopsie une tumeur lipomateuse, qui existait depuis la naissance, à chaque face plantaire des pieds. Absence de capsule, les lobules la composant étaient très blancs et plus petits que ceux des tumeurs graisseuses de cette partie. Ces tumeurs sont excessivement rares. M. Gay en a décrit dans le quatorzième volume des *Transactions pathologiques*. Leur structure ordinaire est lipomateuse au microscope, sans tendance maligne spéciale.

Une tumeur analogue a été rencontrée dans la paume de la main d'une fille de vingt-quatre ans. Elle fut excisée par M. W. Adams et était probablement congénitale, quoique signalée seulement à l'âge de trois ans. Sur 5 tumeurs graisseuses congénitales, observées par M. Roger Williams, l'une siégeait dans la paume de la main et aucune n'intéressait les os.

Suivant M. W. Parker, c'est une règle que les lipomes congénitaux sont sans capsule. Leur siège est ordinairement où la graisse est rare sinon absente, comme dans le scrotum. Une tumeur de la paume de la main, observée par M. Morgan, était simplement une hypertrophie du tissu normal. (*Pathol. soc. of London*, 27 avril.)

Un exemple en a été rencontré par M. Duplouy (de Rochefort) chez une petite fille de cinq ans, sans aucun antécédent héréditaire. Une prédominance accusée de l'avant-pied et des trois orteils internes existait à la naissance. En

s'accentuant par la marche, une énorme boule élastique en est résultée, obligeant cette enfant à marcher sur le talon. Tous les tissus étaient englobés dans cette dégénérescence lipomateuse de la face plantaire, quoique limitée au niveau de la ligne tarso-métatarsienne.

L'amputation de Lisfranc fut pratiquée avec enlèvement des deux premiers cunéiformes hypertrophiés et graisseux. La peau très adhérente dut être disséquée du tissu graisseux, envoyant en arrière un prolongement plantaire qui fut extirpé.

Cette lipomatose congénitale du pied est considérée par M. Trélat comme d'origine télangiectasique, ainsi qu'il l'a exprimé en 1871 dans un travail fait avec M. Monod. L'amputation est le seul moyen de remédier aux troubles fonctionnels. (*Soc. de chir.*, mai.)

TYPHLITE et **PÉRITYPHLITE.** Ces deux affections presque inséparables sont d'une nature si obscure qu'il convient de les réunir ici. Sans être absolument rares chez les enfants et les adolescents, elles n'ont pas toujours pour origine la présence ou la rétention d'un corps étranger dans l'intérieur de la valvule iléo-cœcale ou appendice vermiforme. D'après une statistique de 125 cas, constatés à l'amphithéâtre par suite de perforation, le docteur Fenvick en a rencontré seulement 55, moins de la moitié, où ces corps étrangers furent trouvés dont 14 de matières fécales durcies. Il a également rencontré, dans d'autres autopsies, la présence de noyaux, graines, lombrics, dans cet appendice, n'ayant déterminé aucun accident.

C'est une inflammation suppurative, d'après M. H. Fox, analogue à celle de l'esquinancie, suivant la similitude des tissus. L'appendice vermiforme est abondamment pourvu de follicules lymphatiques, comme le cœcum environnant, identiques avec les glandules isolées de l'intestin grêle et les glandes agminées des amygdales. De là leur apparition dans le jeune âge de préférence. (*Lancet*, 19 décembre 1885.)

Incision abdominale. Elle a été pratiquée dans un cas de suppuration autour de l'appendice vermiforme, chez un garçon de vingt ans, ayant eu plusieurs accès de vomissements et de diarrhée depuis deux ans. Pris de coliques le

12 septembre avec vomissements et constipation, il entre à l'hôpital de l'Université, trois jours après, avec température élevée, sensibilité abdominale et vomissements non fécaloïdes. Tache de rougeur légère dans la fosse iliaque droite. Le diagnostic variait entre un étranglement interne ou une périty phlite; l'opium et la glace, *intus et extra*, furent prescrits sans amélioration. Une incision exploratrice sur la ligne blanche fut pratiquée dans la nuit du 16 par le docteur Barlow, assisté de M. Godlee, et permit de constater une péritonite commençante, localisée autour du cœcum, avec une collection de pus fétide. L'appendice vermiforme était très épaissi, gonflé. Une incision latérale fut étendue de ce côté avec un drain en rapport avec l'appendice et un autre dans l'incision médiane. Le péritoine fut ensuite irrigué avec une solution de sublimé au 1/500e. Le pouls tomba aussitôt à 90 et l'opéré put être bientôt alimenté et guérit rapidement, malgré une légère albuminurie et une parotidite survenues après l'opération. C'est donc un exemple à imiter. (*Clinical society*, 11 décembre, et *Lancet* du 15, 1885.)

N'est-ce faute d'avoir suivi hardiment cette méthode que, malgré le diagnostic porté pendant la vie, le malade est mort? C'était un aide-maçon de vingt-huit ans, pris soudainement de violentes coliques, dans la nuit du 4 au 5 juillet 1885, dans le côté droit du ventre. Il vomit de la bile, suivie de selles diarrhéiques. Des sangsues *loco dolenti* l'ayant peu soulagé, il entre à l'hôpital le troisième jour. La région cœcale est seule douloureuse et mate avec frissons, chaleur et sueurs. L'ictère succède et augmente les jours suivants. Le diagnostic de *pyléphlébite suppurative par ulcération du cœcum* est fait le 14 par le docteur Kiemann. C'était le moment d'opérer; mais on se borne aux antipériodiques, à l'antipyrine et la mort survient quatre jours après. L'appendice vermiforme était ulcéré et gangrené avec du pus autour. Ce fait malheureux a donc son enseignement. (*Wiener med. Press*, n° 40, 1885.)

Au lieu de la laparotomie, on peut se borner à ouvrir l'abcès formé autour de la perforation. Le premier cas, publié par Honcock, fut un succès. Vingt ans après, Pasker en obtint un second. Depuis, Back en a réuni 13 observations dont 12 guérisons.

La fluctuation est difficile à percevoir; on ne la distingua

qu'une seule fois dans les cas précédents. Il est indiqué d'intervenir avant et, comme avertissement du moment propice, il y eut 40 morts dans la première semaine de l'accident sur les 57 cas connus. Il ne s'agit donc pas d'attendre la formation d'adhérences. On pourrait, en cas de diagnostic à peu près certain, inciser jusqu'à l'appendice, le lier au-dessous de la perforation, en enlevant toute la partie malade. Autrement, il faut inciser dans la portion suppurante et évacuer le pus, car ne pas dépasser l'aponévrose pour le laisser sortir spontanément ou l'aspirer est encore trop chanceux. Il faut pratiquer de bonne heure une incision profonde et mettre le siège du mal à nu. (*The Western med. Report.*, 1885.) Voy. RÉTRÉCISSEMENT DE LA VALVULE SYGMOÏDE.

Application de glace. Un étudiant de vingt ans souffrait de douleurs vagues dans la région iliaque droite avec diarrhée et constipation alternatives, à la fin de 1885. Il avait été atteint cinq ans auparavant d'une légère typhlite et de phénomènes gastro-entériques, l'année suivante. En mars dernier, la douleur se circonscrit dans la fosse iliaque droite avec gargouillement. Après un repas copieux et une ascension rapide ensuite, les douleurs se développent et le docteur Goldschmidt constate une tumeur caractéristique peu mobile, dans la région iléo-cœcale droite, grosse comme un petit poing, lisse et douloureuse à la moindre pression. Un examen l'avant-veille ne l'avait pas décelée, elle était donc toute récente. La toux et les inspirations profondes l'exaspèrent sans irradiation dans la cuisse ni le scrotum. Aucun autre accident local ni général. La glace est prescrite en permanence avec quelques gorgées de liquide seulement.

Ces accidents diminuent graduellement et, sept jours après, la tumeur a disparu, sans aucune selle. Un purgatif détermine alors, au milieu d'une évacuation abondante, un bouchon mollasse formant un vrai calcul stercoral de 25 millimètres de long. Le malade entre en convalescence et n'a plus été repris de sa périty phlite. La forme et les dimensions du bouchon coïncidant avec l'appendice vermiculaire montraient qu'il y avait séjourné. Il se composait de détritus fécal et de cristaux d'acides gras en grande

abondance avec quelques phosphates. (*Revue mens. de méd.*, juin.)

Traitement chirurgical. Les deux faits suivants méritent d'être signalés comme exemples à imiter. Après avoir éprouvé une douleur locale dans la région iliaque droite pendant une dizaine de jours, avec constipation, tout en continuant son travail, un homme de trente ans est forcé de se mettre au lit, malgré des évacuations répétées. Appelé par son médecin quarante-huit heures après, le docteur Bull constate une dureté résistante au siège de la douleur s'irradiant dans la cuisse avec fièvre intense, sans rien autre d'anormal dans l'abdomen. Une exploration à l'aiguille pénétrant à trois pouces, sans pus, est renouvelée au-dessus avec la seringue hypodermique et du pus sanguinolent apparaît. Une incision faite au-dessus et un peu en dehors du milieu du ligament de Poupart donne une once de pus noirâtre sans corps étranger. Au lieu du doigt, l'exploration avec la sonde élastique décèle une cavité s'étendant à deux pouces vers la symphyse et à trois ou quatre dans la région lombaire. La douleur et la fièvre tombèrent dès le lendemain et la cavité se réduisit graduellement, lorsqu'un corps étranger fut décelé six semaines après, à trois pouces de profondeur. C'était un calcul calcaire, gros comme un haricot, sans noyau, formé sans doute dans l'appendice vermiforme, dont est mort le fils unique de Louis Figuier. Huit jours après, le sinus était fermé. (*Med. Record*, 6 mars.)

C'est également quarante-huit heures après la première visite du docteur Greene à un enfant de onze ans, depuis trois jours au lit, que le professeur Homans pratiqua d'emblée et sans aspiration préalable une incision sur le point le plus douloureux, à un pouce et demi au-dessus de l'épine iliaque droite. Tous les cas de périty phlite aiguë, démontrés par l'autopsie à l'auteur, ayant été mortels une semaine environ après le début des symptômes, il résolut de ne pas attendre cette preuve anatomique. D'accord avec le docteur Bull que l'opération, pour être utile, doit être faite de bonne heure, très bonne heure — *early, very early* — et ne trouvant pas un point fixe où introduire l'aiguille exploratrice, il pratiqua la laparotomie immédiatement, sauf à disséquer

ensuite autour du point le plus saillant. L'incision découvrit en effet un intestin parfaitement sain, et ce n'est qu'en séparant et déplissant les anses qu'il parvint à ouvrir l'abcès. L'aiguille enfoncée au siège de l'incision eût donc perforé l'intestin au moins quatre fois avant de parvenir dans la collection purulente sans chance de ne la rencontrer. En aspirant au contraire au-dessous du rein droit, on pouvait trouver la collection purulente et faire de la meilleure chirurgie avec le drainage en évitant le péritoine. La guérison de l'opéré montra que l'incision était aussi bien placée que cette ponction en arrière. (*Suffolk med. Society*, 29 avril.)

L'utilité de ce diagnostic et de cette intervention opératoire rapide est démontrée par 257 cas de cette inflammation perforante de l'appendice vermiforme, collectés par le docteur Fitz. Il en résulte qu'elle se rencontre surtout chez les garçons, enfants ou adultes, après des indigestions ou des actes de violence, en jouant, sautant ou courant, au moins dans le cinquième des cas. Une cause locale, comme la rétention de matières fécales durcies ou un corps étranger, a été constatée dans les trois cinquièmes. La constipation habituelle, une difformité congénitale de l'appendice et son inflammation répétée en sont les autres causes ordinaires.

Les symptômes et les effets habituels en sont trop connus pour y insister. Les erreurs de diagnostic sont pourtant nombreuses; d'où la mort fréquente en résultant. Le traitement éventuel par la laparotomie, même en cas de doute, est ainsi indispensable pour mettre l'appendice à découvert. Le délai fixé pour cette incision par Willard Parker est du cinquième au douzième jour du début des accidents. Il résulte de la statistique précédente que la mort est survenue les cinq premiers jours dans 34 pour 100 des cas. Le troisième jour est donc indiqué pour intervenir utilement, dès que les moyens médicaux n'ont pas arrêté ni diminué les accidents. (*Assoc. of amer. physicians*, juin, et *Amer. journ. of med. sciences.*)

U

ULCÈRE DU DUODÉNUM. L'obscurité symptomatique de cette grave affection, dont un exemple type a été rapporté en 1884, sa confusion avec celui de l'estomac lorsqu'il se manifeste par certains troubles, son existence latente se décelant instantanément par la perforation et la péritonite aiguë et fatale en résultant, attirent justement l'attention des médecins anglais, alors qu'il n'en est pas question de ce côté du détroit ni ailleurs. Deux exemples en sont ainsi relatés par M. Samuel West dont voici le résumé.

I. Femme de quarante-huit ans, saisie en mangeant d'une vive douleur dans l'épigastre qui continua pendant un mois. Elle vomissait sans que la nourriture produisît de la douleur ni des nausées et perdit ainsi rapidement son embonpoint et ses forces. Confinée au lit pendant ce temps, elle est ensuite portée à l'hôpital. Pouls à 120, température à 99; foie uniformément volumineux; sensibilité au-dessus de l'ombilic et vers l'hypocondre droit. Deux jours après, la malade rend six onces de sang noir dans une selle; ce qui persista les deux jours suivants. Mort le cinquième jour.

Parmi les différentes lésions, anciennes et récentes, dont un abcès du foie, on trouva que celui-ci avait deux ouvertures, l'une venant du duodénum due à la perforation d'un vieil ulcère, la seconde dans le côlon donnant lieu à l'hémorrhagie. Un autre ulcère chronique existait dans la plus petite courbure de l'estomac qu'il avait perforé. Ces deux ulcères étaient de vieille date et leur perforation seule avait provoqué les accidents.

II. Le docteur Cayley a observé un travailleur en parfaite santé qui mourut deux jours après son admission à l'hôpital. L'autopsie montra un ulcère du duodénum ouvert dans le péritoine.

Une servante de vingt ans, anémique, sans aucun symptome d'affection gastrique, mourut soudainement d'un ulcère de l'estomac par sa perforation, d'après M. Tayler.

Le docteur Mackensie observa un cas semblable en 1874, où la mort survint deux jours après les symptômes de perforation. (*Clin. soc.*, 22 janvier.)

Deux cas d'ulcère perforant du duodénum ont été constatés à l'autopsie de deux femmes de quarante-cinq et cinquante-six ans, entrées dans le collapsus à l'hôpital de Bath, service du docteur Fox, présentant tous les symptômes de l'ulcère de l'estomac : décubitus dorsal avec les jambes repliées, dépression et faiblesse extrême, pouls faible, rapide, imperceptible, face livide, refroidissement surtout aux extrémités, langue sèche recouverte d'un enduit épais brunâtre, inappétence sans soif ni vomissements; respiration exclusivement thoracique sans mouvements abdominaux, une douleur sourde étant spécialement accusée dans cette région. Elles succombèrent le même jour de leur entrée, sans que le diagnostic fût porté.

De là l'idée suggérée à l'interne, M. Grave, de savoir s'il n'y aurait pas lieu, au début de pareils cas, d'ouvrir le ventre pour vérifier au juste le siège du mal, afin d'agir en conséquence. La similitude des symptômes avec l'ulcère de l'estomac permet de croire qu'ils sont aussi fréquents. La péritonite en résultant fatalement ne pourrait en être qu'améliorée. (*Lancet*, 6 février.)

URÉTHANE. Nouveau médicament venant d'Allemagne avec de grandes promesses d'avenir, comme tous ceux qu'elle nous a envoyés dans ces dernières années. Il est cité ainsi à la suite des hypnotiques signalés en 1885 à l'*Introduction*. En effet, c'est là sa propriété dominante, d'après les expériences et les observations faites en France. Dérivé de l'acide carbamique, ayant avec l'urée d'étroits rapports chimiques, ce sel cristallisé n'est autre qu'un carbamate d'éthyle très soluble dans l'eau, l'éther et l'alcool. La saveur en est assez agréable, piquante, et laisse une sensation de fraîcheur comme le nitrate de potasse.

Des expériences faites avec sa solution aqueuse chez le lapin et le cobaye, à doses assez élevées, ont abaissé la température, amené l'engourdissement, le sommeil, la diminution de la motilité et de la sensibilité, en déterminant un état cataleptiforme. L'augmentation de la sécrétion salivaire en est déterminée chez le cobaye, sans action

toxique dans aucun cas. Le professeur Coze (de Montpellier), en les répétant, a confirmé de tous points cette action. Quatre, cinq et sept grammes ingérés au lapin n'ont produit aucun phénomène local. Les mêmes doses en injections hypodermiques sont aussi inoffensives localement. Une solution de huit grammes, injectée dans le péritoine du chien, n'a amené ni irritation, ni inflammation. Chez la grenouille, dix centigrammes amènent l'abattement, la résolution musculaire et le sommeil anesthésique, sans respiration apparente, quoique le cœur continue à se contracter. L'animal se remet très bien, même avec des doses de 20 et 25 centigrammes.

Contrairement à ce qui a été dit, M. Coze a pourtant observé un mouvement d'excitation chez les animaux, immédiatement après son administration; c'est le premier phénomène signalé, bien qu'instantané. Le lapin court, se heurte aux obstacles, sans direction volontaire, précise. Le calme et le sommeil ne viennent qu'ensuite. Il est donc probable qu'il en serait de même pour l'homme à forte dose. Une légère accélération des battements du cœur, constatée chez les animaux, doit ainsi en résulter sur l'homme avant le ralentissement très marqué qui y succède d'après tous les observateurs. L'uréthane fixerait même une proportion très notable d'oxygène sur les globules du sang artériel. On se demande donc si en retenant plus facilement ce gaz, et en le cédant moins au système nerveux, ce sel n'amène pas ainsi la dépression observée. Son action, expérimentée avec beaucoup de soin sur les animaux, a amené les conclusions suivantes :

1° L'uréthane a une action hypnotique manifeste; elle détermine la résolution musculaire et à haute dose l'anesthésie.

2° Elle ralentit le pouls et la respiration, abaisse la température.

3° Son action locale peu irritante permet de l'administrer en injection sous-cutanée.

4° Elle ne paraît troubler ni les humeurs ni la nutrition.

5° Elle est l'antagoniste fonctionnel de la strychnine.

6° Il importe d'essayer son emploi chez l'homme dans les cas de convulsions en général, et en particulier dans le tétanos. (*Bull. de thérap.*, 30 avril.)

Action chez l'homme. 14 malades souffrant d'insomnie à divers degrés ont été soumis par le docteur H. Huchard à l'usage de trois à quatre grammes de carbamate d'éthyle. Atteints de maladie de Ogston avec angine de poitrine, maladie de Basedow avec insuffisance aortique et tuberculose pulmonaire, néphrites parenchymateuse et interstitielle, affections mitrales, hypertrophie cardiaque avec adhérence du péricarde, tuberculose pulmonaire chronique, bronchite chronique, phtisie galopante, dyspepsie avec ectasie gastrique, excitation maniaque dans la démence paralytique, tous ces malades en ont éprouvé un sommeil calme, paisible, sans rêves ni cauchemars, ni troubles négatifs ou céphaliques consécutifs. Les deux tuberculeux avec infiltration granuleuse généralisée, toux incessante et dypsnée considérable, n'en ont pas profité. Chez tous les autres, le sommeil est survenu de dix minutes à une heure après son administration avec une durée de quatre à dix heures. Quelques malades ont même dû être réveillés après ce temps. Cette épreuve n'est pourtant pas absolument concluante, car une potion, ayant le même goût sans uréthane, a procuré également le sommeil.

La dose hypnotique est toujours prise en une seule fois dans un julep gommeux. C'est une règle absolue. Une solution titrée de 20 grammes d'uréthane dans 100 grammes d'eau distillée peut servir à cet effet. Trois à quatre cuillerées à café dans une tasse d'infusion d'oranger, prise en se couchant, produisent ce résultat, même dans des cas où l'hypnone et la morphine avaient échoué. Un à deux grammes chez une enfant de huit ans, atteinte de phtisie galopante avec accès de toux incessante, dyspnée et insomnie absolue, ont procuré des nuits relativement calmes et paisibles. Une dose double produisit le même effet chez une catarrheuse de soixante-treize ans. L'insomnie des alcooliques, des phtisiques et surtout des cardiaques, en a été aussi combattue très efficacement, comme le docteur Saundry l'avait déjà constaté en 1885. (*Lancet*, 19 décembre.)

Aucun accident n'a été observé sur l'estomac, le cœur, ni le système nerveux; ce médicament est donc applicable aux débilités ou aux névropathes. Il paraît même supérieur à l'opium et la morphine chez les tuberculeux. L'insomnie produite par la douleur est seule mieux calmée par cette

dernière. Son administration facile, même aux enfants, par le défaut de mauvais goût, permet d'y recourir sans danger contre l'insomnie dans les cas précités. (*Soc. de thérap.*, et *Bull. génér.*, février.) Voy. CHORÉE.

L'uréthane se prêtant à toutes les formes pharmaceutiques, M. P. Vigier propose une solution au dixième, soit 10 grammes pour 100 gr. d'eau distillée, dont une cuillerée à café contenant 50 centigr. peut servir à la doser exactement dans un breuvage quelconque. Autrement, on peut formuler le julep hypnotique suivant pour remplacer l'ancienne potion calmante :

℞ Uréthane.....	4	grammes
Sirop de menthe ou d'éther.....	30	—
Eau.....	100	—

A prendre en une ou deux fois le soir en se couchant.

Antidote de la strychnine. D'après les expériences de M. Coze, il y aurait un antagonisme fonctionnel entre l'uréthane et la strychnine. Il a pu donner au lapin, si susceptible pour la strychnine, des doses archimortelles de ce poison presque sans inconvénient. Les praticiens ont donc à prendre ce fait en note et se souvenir, le cas échéant, de ce contrepoison. A la période presque ultime des accidents toxiques, ils peuvent recourir à l'uréthane qu'il suffit de dissoudre dans l'eau froide et de donner par la voie buccale ou en injections hypodermiques jusqu'à cinq grammes et plus. Aucun accident local consécutif n'est à craindre, non plus que les erreurs de dosage, car elle peut être donnée à doses massives de 3 à 6 grammes sans inconvénient, surtout dans l'empoisonnement par la strychnine. (*Bull. de thérap.*, page 478.)

URÈTHRE. Une délimitation nette et précise de ce canal, établie par M. Picard sur les données de l'embryogénie, la physiologie et la pathologie uréthrales, le divise en deux parties seulement : antérieure et postérieure. Le collet du bulbe en est la limite bien tranchée.

Leur formation indépendante, la présence du tissu érectile dans l'urèthre antérieur, son absence dans l'urèthre postérieur et l'accumulation du tissu musculaire strié dans

la constitution de ce dernier, en sont les différences anatomiques. La physiologie attribue à juste titre au second le rôle principal dans la miction, au premier la prépondérance dans l'acte de la copulation. Enfin la pathologie fournit des preuves évidentes de la distinction entre ces deux portions du canal : on ne rencontre que des rétrécissements d'origine traumatique dans l'urèthre postérieur, et les rétrécissements d'origine blennorrhagique siègent exclusivement dans l'urèthre antérieur. Les calculs urinaires présentent aussi des modalités toutes différentes, suivant qu'ils se développent dans l'une ou l'autre portion. En avant, ils s'allongent plus qu'ils ne grossissent, grandissant surtout par leur partie antérieure, et ne forçant pas en arrière le passage du collet du bulbe; au contraire, les calculs de l'urèthre postérieur, si dilatable, grossissent autant qu'ils s'accroissent en longueur, et par cet accroissement, ils franchissent en arrière les limites du col vésical, pénètrent dans la vessie où ils continuent à s'accroître, revêtant alors la forme d'un champignon, dont le chapeau serait intra-vésical et le stype intra-uréthral. Un bel exemple de cette variété rare de calcul urinaire a été présenté à la Société de médecine de Lille par le professeur Paquet, il y a quelques années.

Cette division de l'urèthre est donc essentiellement vraie et pratique. Si d'autres l'avaient déjà entrevue, elle ressort si claire et précise ici, qu'elle peut convaincre pleinement ceux qui n'auraient pas saisi toute l'importance physiologique et clinique de cette manière d'envisager dans son ensemble le canal de l'urèthre de l'homme. (*Ann. des malad. des voies urin.*)

URÉTHROTOMIE. Son application aux rétrécissements comme dernière ressource a reçu l'assentiment général au dernier Congrès français de chirurgie. Deux ou trois dissidents employant un mode particulier de dilatation ou de divulsion la rejettent absolument comme dangereuse et souvent mortelle. (Voy. Rétrécissements.) Les chiffres suivants répondent à cette accusation. Sur 66 applications par son procédé spécial, M. Horteloup n'a pas eu un seul décès et, sur 6 récidives, 4 rétrécissements ont pu être dilatés et les autres étant organiques ont dû subir l'uréthro-

tomie de nouveau. 12 cas sans un seul décès par M. Humbert et 13 par M. Polaillon montrent que, bien exécutée, elle est absolument sans danger. Il y a donc lieu d'y recourir quand la dilatation reste impuissante, car il vaut encore mieux couper que déchirer.

Uréthrotomie externe. *Suture de l'urèthre.* Cette innovation est due à M. Terrier. Un homme de soixante-deux ans s'étant introduit un cordon de soulier dans l'urèthre « pour faciliter la miction » portait une tumeur douloureuse à la partie antérieure du périnée et pissait mal. Cathétérisme impossible. Une incision de 7 à 8 centimètres fut pratiquée sur la tumeur, et le lacet, qui avait ulcéré le canal et en était en partie sorti, fut extrait en plusieurs morceaux. L'orifice ulcéré fut avivé et tout le canal fut suturé au catgut, la peau restant désunie. Sonde à demeure; pansement à la ouate iodoformée. Tout se réunit, sauf le point ulcéré d'un centimètre environ. Guérison au vingtième jour.

Cette suture n'a rien de nouveau, non plus que celle du périnée remontant à Guy de Chauliac dans ses tailles périnéales. Mais la réunion est si facile sur la sonde que cette pratique a été généralement réprouvée. Une infiltration d'urine consécutive en est résultée, d'après M. Horteloup, et a tenu le malade six mois alité. Elle n'est applicable que dans certains cas spéciaux difficiles à prévoir et qui guérissent d'ordinaire sans rétrécissement, comme des exemples en ont été cités. (*Soc. de chir.*, 5 novembre.)

URINES. Leur analyse et leur toxicité continuent à préoccuper vivement les expérimentateurs plus que les cliniciens. Mais en ayant lieu presque exclusivement à l'aide d'expériences sur des animaux, les lapins notamment, ces études sont plus spéculatives que pratiques. Le résultat le plus uniforme est ainsi que les urines fébriles de l'homme sont beaucoup plus toxiques pour les animaux, chiens et lapins, que l'urine normale. On pouvait le prévoir d'avance, car elles sont alors ordinairement plus chargées par l'excès d'oxydation produit par la fièvre. D'où il semble que les déchets organiques et pathologiques sont beaucoup plus toxiques que les sels d'une urine normale s'ajoutant aux précédents.

Tels sont les résultats des nouvelles expériences du professeur Feltz, faites avec les urines de malades typhiques, scarlatineux, tuberculeux, pneumoniques et rhumatisants. Les accidents urémiques conduisant toujours au coma, et presque toujours à la mort, sont ainsi plus rapides, surviennent avec des doses bien inférieures d'urine qu'en opérant avec des urines normales. Leur pouvoir d'intoxication est des deux tiers ou de moitié supérieur à celle-ci, sans obéir à la loi de proportionnalité des densités. Il y a donc, dans ces urines fébriles, des agents de toxicité qui ne se trouvent pas dans les urines normales ou qui ne sont représentés dans ces dernières que par des quantités relativement très faibles. (*Acad. des sciences.*)

Toxicité à l'état normal. Étant admis que l'homme contient incessamment dans son corps une série de poisons venant du dehors ou qui s'y sont formés, et qu'il n'échappe à l'auto-intoxication que par les oxydations intra-organiques qui les détruisent, par l'action du foie qui les fixe ou les détruit, et enfin par les éliminations, le professeur Bouchard a étudié celles qui se font par l'urine comme l'une des plus importantes.

L'injection intra-veineuse de l'urine humaine normale, chez le lapin, fait contracter la pupille à un degré punctiforme; la respiration accélérée devient faible, les mouvements sont difficiles, la tête tombe avec somnolence, l'excrétion urinaire est augmentée, la température baisse avec disparition des réflexes oculaires, arrêt de la respiration et mort sans convulsions.

Toutes les urines, même celle de l'homme à l'état sain, sont ainsi toxiques pour l'animal à un degré plus ou moins élevé.

Afin de bien fixer les idées à cet égard, l'auteur a pris une unité de toxicité, représentée par la quantité de matières toxiques nécessaire pour tuer un kilogr. de matière vivante par injection intra-veineuse. Elle est constituée par 45 centimètres cubes environ d'urine pour le lapin. L'homme sain adulte élimine ainsi en 24 heures dans son urine, par kilogr. de son poids, une quantité de poison capable de tuer 465 grammes de lapin. A volume égal, celle de la nuit et du sommeil surtout est toujours moins toxique que

celle du jour, et, à la fin de la veille, cette toxicité est toujours au minimum. L'alimentation ne l'influence pas notablement, mais le jeûne l'augmente de moitié, en raison de la surabondance des matières organiques incomplètement oxydées qui caractérise les urines de l'abstinence. Le travail au grand air et l'inspiration d'air comprimé la diminuent dans une forte proportion. L'urine est cinq fois plus toxique au réveil et neuf fois huit heures après; elle décroît ensuite deux fois plus vite qu'elle avait progressé. Les urines du sommeil sont franchement convulsivantes; celles de la veille sont narcotiques. Le poison de la veille est ainsi antagoniste de celui du sommeil. Il faut donc employer séparément ces urines.

De ces recherches, quant à l'homme, il résulte qu'il met environ deux jours à fabriquer la quantité de poison nécessaire pour s'intoxiquer lui-même, si cette matière toxique n'était éliminée ou détruite au fur et à mesure de sa formation. (*Acad. des sciences.*)

Urines laiteuses. Elles se rapportent le plus souvent à la dentition chez les jeunes enfants. Le docteur Séjournet les a constatées chez les trois quarts des enfants dont la santé générale et surtout la nutrition étaient altérées, comme des effets de la dentition. L'absence de tout phénomène morbide est une indication que l'enfant qui *pisse tout blanc* souffre de la dentition. C'est en effet une urine fébrile, sans autre particularité que sa coloration. Quand un enfant, arrivé à l'âge de la première dentition, devient malade et présente des symptômes assez graves pour donner le change sur la nature de sa maladie, il faut examiner les urines et en rechercher la coloration, leur teinte laiteuse étant un argument en faveur des troubles d'origine dentaire. (*Acad. de méd.* et *Revue des malad. de l'enfance.*)

Urines fétides. *Naphtaline.* Guidé par le succès de la naphtaline dans les diarrhées chroniques, comme arrêtant la putréfaction intestinale, le docteur de Pezzer l'a donnée à la dose quotidienne de un gramme à 1 gr. 50 en pilules de 25 centigrammes, dans les maladies des voies urinaires accompagnées d'urines fétides ou de troubles de la miction. 6 malades de M. Guyon à Necker, 5 de M. Debove à Andral

et 4 de la ville, soumis à ce traitement, n'ont pas eu de diarrhée. L'état cachectique ne s'est pas aggravé; l'urine fétide et alcaline est redevenue neutre ou acide en perdant sa fétidité. Cette action sur la fétidité de l'urine a été très remarquable dans beaucoup de cas graves. Chez deux vieillards notamment, où cette fétidité empestait la salle sans que l'usage interne de la térébenthine, le régime lacté, les lavages phéniqués ou boriqués aient pu la détruire, elle disparut en quarante-huit heures avec l'usage de la naphtaline. Son odeur désagréable est son unique inconvénient; il disparaît en l'administrant dans des capsules de gluten. On en peut élever la dose jusqu'à cinq grammes par jour, d'après M. Bouchard, car elle n'est pas toxique, et n'est absorbée qu'en faible proportion. (*Association française*, août.)

Ses dangers ont été signalés en 1885.

V

VACCINATION OBLIGATOIRE. Celle qui est imposée dans la carrière militaire est étendue à la marine. Dorénavant, les préfets maritimes et les directeurs des établissements hors des ports devront faire vacciner les ouvriers tous les ans, en commençant par les admis à titre temporaire. Les réfractaires seront immédiatement congédiés. Ceux admis antérieurement au-dessous de quarante-huit à cinquante ans y seront également soumis, s'ils n'ont pas été vaccinés depuis dix ans. Un abaissement de solde de 50 centimes sera infligé aux réfractaires. Aucun autre ouvrier ne sera admis à l'avenir avant d'avoir été vacciné ou revacciné par un médecin de la marine, à moins de prouver qu'il a subi cette vaccination sous les drapeaux.

Son abolition à Zurich, en mai 1883, a amené les effets suivants : tandis qu'aucun décès de variole n'avait eu lieu en 1882, ni dans les trois premiers trimestres de 1883, le quatrième en compta 8 par 1000. En 1884, il y eut 9 décès sur 1000 dans le premier trimestre; aucun dans le second ni le troisième et 2 et demi dans le quatrième. En 1885, ils furent de 6 dans le premier, 14 dans le second, autant dans

le troisième, 38 dans le quatrième. On en comptait jusqu'à 85 dans le premier trimestre de 1886. Cette leçon montre les effets de la liberté de la vaccination. Voy. VARIOLE.

VARICOCÈLE. *Méthode Horteloup.* Elle a été employée dans 8 cas pendant l'année par M. Le Dentu. Le premier, par la ligature multiple avec pansement au sublimé, a guéri après une légère suppuration. Les autres, traités par l'excision, ont donné d'excellents résultats immédiats. 3 des opérés revus six et sept mois après n'étaient pas également guéris. Le premier seul avait une atrophie des veines; un autre conservait quelques douleurs et un certain gonflement de celles-ci; le troisième était simplement très soulagé. (*Congrès français de chirurgie*, octobre.)

Le même procédé a été employé par le docteur Roux pour un varicocèle gauche considérable, chez un cultivateur de dix-neuf ans. L'usage d'un suspensoir et l'emploi de l'eau froide n'ayant pas amené de soulagement six mois après, l'opération est faite le 2 décembre 1885, en remplaçant le clamp spécial par deux tiges doubles malléables dont les extrémités sont fixées ensemble en comprimant le lambeau scrotal. Des sutures profondes de catgut avec grains de plomb rapprochent les petits tubes perforés pressant les lambeaux et assurant l'hémostase définitive. Malgré l'imperfection de cet appareil improvisé et la rétraction partielle de la peau, l'opération n'en fut pas moins facile. Un pansement compressif avec éponge phéniquée amena rapidement la guérison, sans élévation de la température, par réunion immédiate. (*Revue méd. de la Suisse romande*, nº 4, 15 avril.)

Excision. Elle a été pratiquée heureusement par le professeur Ceci sur un volumineux varicocèle gauche avec résection du plexus veineux, chez un garçon de vingt-deux ans. Une incision de deux pouces et demi fut faite à la partie externe du scrotum, au-dessous des veines, en en maintenant la distension par la pression sur l'anneau abdominal externe. Les vaisseaux déférents et l'artère spermatique étant bien isolés de la veine, deux ligatures au catgut furent appliquées sur celle-ci à l'anneau et près du testicule. Après la résection, la peau fut réunie au catgut avec

un drain à la partie inférieure. Le pansement, enlevé le huitième jour, montra un peu d'œdème et d'eczéma avec nécrose des bords de la plaie. L'emploi du borax et de l'iodoforme les fit bientôt disparaître, et l'opéré guérit complètement. (*Il Bulletino de l'Acad. de méd. de Gênes*, nº 1.)

Cautérisation. Tout en admettant la supériorité des procédés actuels d'excision, renouvelés des anciens par l'innocuité que l'antisepsie leur donne, M. Picqué, chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, accorde encore la préférence à celui de son maître, M. Richet, d'après un fait opéré sous ses yeux. Aucune hémorrhagie ne se produisit et la cicatrisation fut obtenue en trois semaines, chez un homme de cinquante ans, sorti parfaitement guéri.

Le procédé de M. Horteloup ne s'appliquant qu'aux cas exceptionnels où il convient de pratiquer une large excision du scrotum, M. Picqué admet que ces traumatismes plus ou moins étendus sur les veines exigent autant de savoir et d'habileté pour ne pas entraîner des accidents. Il serait donc plus sûr pour le praticien isolé, sans aide ni instrument perfectionné souvent, d'employer la cautérisation exsangue que des procédés qui, malgré l'antisepsie, peuvent avoir de grands dangers. (*Revue mens. de chir.*, avril.)

Un *nouveau suspensoir* est employé par le docteur Ernoul (de Saint-Malo). Relevant le paquet scrotal en entier contre la région hypogastrique, il place au-dessous des testicules la ceinture élastique d'un suspensoir ordinaire se bouclant vers la hanche droite. Le bord supérieur de la ceinture étant garni d'une bandelette de caoutchouc de 12 centimètres correspondant au scrotum, toute pression douloureuse est évitée.

Tenus ainsi contre la paroi abdominale, de six à dix centimètres au-dessus du pubis, selon la longueur du scrotum, les testicules n'en sont pas gênés. La colonne sanguine contenue dans les veines du cordon, du testicule à l'anneau inguinal, fait équilibre et contrepoids à celle des autres parties situées dans la fosse iliaque et facilite ainsi la circulation en retour. La pression douce exercée sur les veines spermatiques du cordon, par la ceinture élastique, empêche

le sang de s'y accumuler et de les distendre. Trois malades portant cet appareil pendant la marche et la station le préfèrent à tous les autres. (*Bull. de thérap.*, 15 juin.)

VARIOLE. *Épidémie de Marseille.* Débutant en juillet 1885 avec 19 décès, en progressant de mois en mois au point d'en compter 292 à la fin de l'année, elle a pris une intensité encore plus grande en 1886. 574 décès en sont résultés pendant les deux premiers mois et 684 dans les trois derniers, dont 317 d'adultes et 367 d'enfants au-dessous de dix ans. Ce dernier fait montre la négligence apportée à la vaccination à Marseille et prouve la nécessité de la rendre obligatoire. (*Lyon méd.*)

Altération du langage. Déjà signalé en Allemagne et en France, cet accident grave ne l'était pas encore en Angleterre. Deux observations en sont relatées par les docteurs Wipham et Myers, chez des femmes de quarante-deux et quarante-cinq ans. La première eut la variole en 1879 et la seconde en 1881, et après avoir présenté, pendant deux à trois ans, divers accidents ataxiques, parétiques et paralytiques, elles étaient encore atteintes de difficultés du langage au 15 novembre 1885. C'est la dernière manifestation persistante, attribuée par les uns à une petite hémorrhagie et à une thrombose par d'autres.

Quatre exemples ont été cités à cette occasion, mais sans avoir eu cette gravité ni cette prolongation. Ceux relatés par le professeur Jaccoud avaient été également d'une durée passagère. (*Clin. Society*, 12 mars.)

Collodion sur la face. Le danger de son application excessive a été constaté par M. Comby à l'hôpital Saint-Louis. Le 13 avril dernier, une femme y entrait en pleine période d'invasion de la variole, ayant toute la face recouverte d'un masque de collodion. Les papules apparaissent sur le tronc et les membres; le lendemain seulement, elles se montrent sur la lèvre supérieure en soulevant le collodion. En se généralisant, l'éruption produit le même effet partout avec des douleurs intolérables, au point de ne pouvoir enlever le collodion sous lequel le derme apparaît à nu.

Pendant que l'éruption (discrète cohérente) suit son cours

normal au tronc et aux membres, le visage se transforme en une vaste plaie suintante, d'odeur fétide. La température s'élève de 39°,4 à 39°,8; le 15 avril, le délire survient et la malade meurt.

Le visage n'était qu'une ulcération. D'où la conclusion que cette femme est morte à la façon des sujets atteints de brûlures étendues. L'autopsie en effet n'a révélé aucune lésion viscérale. L'examen de tous les organes a été négatif. (*Soc. méd. des hôpit.*, 28 mai.)

Vaseline iodoformée. Préconisée par le docteur Colleville, elle est employée au 20e sur la face. Renouvelée souvent, cette pommade entretient une certaine fraîcheur appréciée par les malades ayant la figure en feu. Les douleurs sont un peu calmées par l'action anesthésique de l'iodoforme formant antiseptique pour désinfecter le malade. L'odeur est loin d'être désagréable, surtout en l'aromatisant. L'avantage réel de ce topique est de ne pas former de croûtes dont l'odeur est si désagréable. En un ou deux jours de son emploi, les pustules s'affaissent et il ne reste pas de cicatrices ultérieures.

Dans un cas de variole confluente, l'emploi fréquent de ce topique a empêché les vésicules de devenir pustules par l'action de cet antiseptique dans les opérations chirurgicales. Aucun accident d'intoxication ne s'est manifesté dans les dix cas observés. (*Union méd. du Nord.*)

Salicylate de soude. Il est employé, sans doute à faible dose, par le docteur Philippe dans son service de varioleux de l'hospice général de Bordeaux. L'effet constaté est la diminution de la suppuration. Évidemment, il ne peut se produire sans agir sur les phénomènes généraux, comme la température ou les congestions viscérales. Mais il serait d'un grand bienfait en diminuant cette cause d'épuisement et d'empoisonnement des varioleux. (*Gaz. méd. de Bordeaux*, n° 2, août.)

VESSIE. *Distension latente.* Une observation curieuse en a été faite par le docteur Robinson, en montrant dans ce cas exceptionnel le haut degré de tolérance de la vessie, des urines et des reins, dans la rétention d'urine incom-

plète avec distension. Visité en septembre dernier par un pasteur protestant de soixante-dix ans, présentant une poussée d'eczéma, il remarqua, en examinant le malade, une tumeur ovale remontant jusqu'à l'ombilic, le dépassant même, en s'inclinant un peu à gauche de la ligne médiane. Le malade disait n'avoir uriné que deux ou trois fois dans la journée et une seule fois dans la nuit. Il fut éthérisé et le cathétérisme donna issue à 4 litres d'une urine parfaitement limpide et normale, sans mucus ni pus.

La tumeur abdominale disparut graduellement, mais le toucher rectal décela une grosse prostate à lobe médian hypertrophié. Jamais le malade n'avait ressenti aucun symptôme pouvant indiquer une dilatation vésicale. Ce n'est pas une raison de se priver d'uriner régulièrement et encore moins de l'abstention ou la temporisation au-delà d'une certaine limite. (*Lancet*, avril.)

Rupture. L'emploi de la laparotomie contre ce redoutable accident, heureusement fort rare, semble devoir en triompher. 2 succès consécutifs viennent d'en être obtenus par sir W. Mac-Cormac à l'hôpital Saint-Thomas, à une année d'intervalle, sur deux hommes très forts, gros et vigoureux, l'un âgé de trente-trois ans et l'autre de trente-sept. A la suite d'une chute, le premier fut admis à l'hôpital le 22 septembre 1885, quinze heures et demie ensuite, et le second, le 17 novembre 1886, vingt-quatre heures après son accident. La vessie, mise à découvert dans les deux cas, présentait dans le premier une rupture à la partie postérieure, s'étendant du fond supérieur du cul-de-sac recto-vésical à la partie moyenne et verticale, soit quatre pouces environ. Elle était irrégulièrement oblique dans le second et située à la partie supérieure et postérieure, un peu à gauche de la ligne médiane et plus étendue en dehors qu'en dedans, mesurant deux pouces sur la membrane musculeuse et un quart de pouce seulement à l'intérieur.

Seize sutures ininterrompues avec un fil de soie fine furent appliquées, selon la méthode de Lembert, dans le premier cas, et douze dans le second. La vessie fut ensuite distendue avec une solution chaude d'acide borique ; injectée par la sonde à demeure pour s'assurer qu'elle ne laissait rien transsuder et, après cette épreuve, le péritoine bien

lavé avec une solution chaude à 98° F. d'acide borique. Puis un irrigateur fut placé dans la vessie pour la laver, et la paroi abdominale fermée au catgut avec un drain communiquant dans le péritoine.

Toutes les plus minutieuses précautions antiseptiques, jusqu'au spray et des sutures transversales placées aux deux extrémités des sutures comme de la division des parois abdominales, furent employées. En quinze jours, les plaies étaient cicatrisées et les opérés, en convalescence, se levaient trois semaines après pour quitter l'hôpital huit jours ensuite. Ces deux faits intéressants ont été l'objet d'une leçon relatée avec planches in *the Lancet*, 11 décembre.

Vessie irritable. *Boutonnière périnéale.* Les succès inattendus, obtenus par hasard il y a une quinzaine d'années contre l'irritabilité vésicale par la cystotomie périnéale, pratiquée explorativement ou en vue d'extraire un calcul absent, en ont fait une opération spéciale contre cette irritabilité. C'est l'incision de la portion membraneuse de l'urèthre, inaugurée par sir H. Thompson pour introduire l'index dans la vessie et en explorer l'intérieur, dans le cas de diagnostic douteux, incertain. Au lieu de la cystotomie, comme il l'appelle, c'est la simple boutonnière des chirurgiens français, adoptée et régularisée actuellement par les chirurgiens anglais comme méthode exploratrice et curative à la fois, tandis qu'elle ne paraît pas usitée en France, malgré les tentatives de Dolbeau.

Trois succès récents en sont relatés par le professeur H. Smith, de *King's college hospital.* Un homme de cinquante à soixante ans souffrait depuis six ans de douleurs extrêmes de la vessie, ayant résisté à tous les moyens employés. Absence de rétrécissement et de pierre. L'insuccès de divers calmants fit pratiquer la boutonnière pour l'exploration directe de la vessie. Les parois furent trouvées épaissies et contractées, sans tumeur ni aucun corps étranger. Le résultat de cette exploration fut merveilleux et un sommeil parfait remplaça, dès la nuit suivante, les douleurs qui l'empêchaient depuis si longtemps. Quelques-unes revenant ensuite, la sonde fut réintroduite pendant plusieurs semaines et la guérison devint complète.

Il en fut de même dans les deux autres cas. C'est donc là une précieuse ressource pour le chirurgien, en lui permettant de s'assurer de l'état de l'organe et d'enlever les tumeurs papillomateuses qui peuvent se rencontrer. Elle est surtout employée à cet effet et il est permis de modifier ainsi directement la muqueuse par des injections, comme ces cas en offrent l'exemple. (*Lancet*, 28 août.)

FIN

TABLE DES AUTEURS

Abadie. Syphilis.
Abbot. Chorée, rhumatisme.
Abercrombie. Amygdalite.
Achard. Kystes.
Adams. Tumeurs congénitales plantaire et palmaire.
Agostini. Fibromes.
Albertoni. Thyroïdectomie.
Amann. Cocaïne.
Amussat. Prix.
Annandale. Taille chez les enfants.
Anstie. Alcoolisme.
Antona (d'). Hystérectomie vaginale, néphrectomie.
Archer. Fièvre typhoïde.
Arloing. Cœur, microbiologie, scrofulose, tétanos.
Arnozan. Calculs rénaux.
Arthaud. Phtisie.
Assaky. Greffes épidermiques, nerfs.
Aubanel. Prix.
Aubert. Blennorrhagie, thérapeutique.
Aubry. Epidémie de tournioles.
Audouard. Cadavres.
Augagneur. Hydrocèle, laparotomie, lipomes du mésentère.
Auspitz. Nécrologie.

Babès. Bactéries.
Baccelli. Hystérie.
Bach. Nécrologie.
Bachem. Coqueluche.
Back. Typhlite.
Baldwin. Nécrologie.
Balestreri. Prix, tétanos.
Ball. Massage.
Ballet. Aphasie.
Balzer. Syphilis.
Bar. Bec-de-lièvre.
Barbier. Prix.
Bardleben. Thyroïdectomie.
Barié. Cœur, hystérie, rétrécissement de l'aorte descendante.
Barker. Tumeurs sanguines du crâne.
Barker (Fordyce). Aménorrhée.
Barlow (W.) Coqueluche, typhlite.
Barnes. Grossesse.
Barthélemy. Diphtérie.
Barwell. Anévrismes de l'aorte.
Baumgaertner. Thyroïdectomie.
Bazy. Grossesse, lithotritie.
Béchamp. Microbiologie.
Bédoin. Blennorrhagie.
Belfanti. Maladie de Bright.
Belhomme. Prix.
Bennett (May). Anévrismes de la sous-clavière, — axillaire.
Benson. Chorée, fibrome de la cornée.
Béranger Féraud. Rétrécissements de l'urèthre.
Bergeon. Phtisie.
Berger. Amputation inter-scapulo-thoracique, hernie à sac intérieur.

Bergmann. Lithotritie, taille périnéale.
Berlin. Aphasie.
Bernard. Hydarthroses.
Bernheim. Abcès périnéphrétiques, cancer du poumon, hypnotisme, hystérie, pneumonie.
Bert. Nécrologie.
Bertani. Nécrologie.
Bertillon. Prix.
Besnier (E.). Abcès froids, thérapeutique.
Beurmann. Pneumotomie.
Bidon. Chorée symptomatique, syphilis.
Bieder. Erysipèle.
Bignon. Cocaïne.
Billod. Nécrologie.
Billroth. Chirurgie, thyroïdectomie.
Blachez. Kystes hydatiques du foie, phtisie, pleurésie.
Blanc. Tétanos.
Blois (de). Larynx.
Blum. Anévrisme poplité.
Bochefontaine. Nécrologie.
Bodier. Coqueluche, hémorrhagies.
Boeckel. Amygdalite.
Boeckel (J.). Hystérectomie vaginale, néphrectomie, résections orthopédiques.
Bohn. Rachitisme.
Boinet. Kystes de l'ovaire, nécrologie.
Bois (d'Aurillac). Grossesse.
Boiteux. Kystes hydatiques du foie.
Bonnet. Nécrologie.
Botkin. Adonidine, pneumonie.
Bottini. Prostatite chronique, thyroïdectomie.
Bouchard. Amygdalite, phtisie, scrofulose, urines.
Bouchardat. Nécrologie, thérapeutique.
Bouchereau. Diphtérie.
Boucheron. Scrofulose.
Boucomont. Hémorrhagies.
Boudon. Opération césarienne.
Bouilly. Kystes hydatiques du foie, — du poumon, — intrapéritonéal, luxations, néphrectomie.
Boulonmié. Calculs hépatiques.
Bourceret. Prix.
Bourdeaux. Tétanos.
Bourdin. Nécrologie.
Bourgeois. Blennorrhagie.
Bourguet. Fractures.
Bourneville. Injections hypodermiques.
Boursier. Hydrocèle, opérations.
Bowdeswell. Rage.
Bowditch. Phtisie, pleurésie.
Bowie. Blennorrhée.
Bradley. Maladies des enfants.
Braithwaite. Aménorrhée.
Braun (G.). Accouchements.
Braun (L.). Abcès pelviens.
Briau. Nécrologie.
Bricon. Injections hypodermiques.
Broadbent. Cœur.
Broca. Diabète, thyroïdectomie.
Brodeur. Néphrectomie.
Brondel. Antisepsie des doigts, diphtérie, hémorrhagies.
Bronowski. Blennorrhée.
Brossard. Atrophie musculaire progressive.
Brouardel. Cadavres, fièvre typhoïde, introduction.
Broussin. Parotidite.
Broussole. Claudication douloureuse.
Browne (L.). Larynx.
Brown-Séquard. Paralysies hystériques.
Brun. Antisepsie.
Brunniche. Grossesse.
Budin. Avortement.
Buignet. Prix.
Bull (W.). Laparotomie diagnostique, typhlite.
Bullard. Empoisonnement par le thé.
Bum. Tuberculose.
Burchard. Abcès pelviens.
Burckhardt. Thyroïdectomie.
Burckhardt-Merian. Nécrologie.
Butlin. Larynx.

Cabadé. Fractures de cuisse.
Cabot. Lithotritie.

Cadet de Gassicourt. Phtisie.
Cahn. Fièvres.
Calderini. Hystérectomie vaginale.
Candellé. Nécrologie.
Capuron. Prix.
Carmalt. Laparotomie diagnostique.
Carrion. Nécrologie.
Cassine. Orchite syphilitique.
Castagneda. Thérapeutique.
Castan. Scrofulose.
Castex. Tumeurs malignes de l'arrière-bouche.
Caton. Anévrisme hépatique.
Catrin. Fièvre typhoïde.
Caussé. Nécrologie.
Cayley. Anévrismes de l'aorte, ulcère du duodénum.
Cazeneuve. Empoisonnements.
Ceci. Splénectomie, varicocèle.
Cérenville (de). Thoracoplastie.
Chadwick. Grossesse extra-utérine.
Chaffey. Diphtérie.
Chantemesse. Asthme, fièvre typhoïde, phtisie.
Chapman. Cœur.
Chaput. Fractures de la rotule.
Charazac. Larynx.
Charcot. Atrophie musculaire progressive, hystérie chez l'homme, introduction, maladie des tics convulsifs, nerfs, paralysies hystériques.
Charpentier. Microbiologie.
Chauffard. Paralysies hystériques.
Chauvel. Fracture de la jambe, tuberculose.
Chenevière. Accouchements.
Chénieux. Chirurgie.
Chevers. Nécrologie.
Chevreul. Enseignement.
Chiara. Anémie, grossesse.
Chiari. Orchite varioleuse.
Chuffart. Rhumatisme.
Cimbali. Pleurésie.
Civrieux. Prix.
Clare Saint-Allais. Nécrologie.
Clark (A.). Prostatite desquamative.
Clark (J.). Rage.
Claude. Nécrologie.
Clément. Névrites périphériques dans le tabes.
Clerc. Nécrologie.
Clutton. Syphilis héréditaire.
Cobbold. Nécrologie.
Coe. Salpingite.
Coignard. Cœur.
Colin. Rage.
Colleville. Variole.
Colrat. Pemphigus, thérapeutique.
Comby. Bronchite chronique infantile, variole.
Comi. Cadavres.
Cooper (Astley). Prix.
Cornil. Bactéries, microbiologie, phtisie, tuberculose.
Cotton. Phtisie de la base.
Courtray de Pradel. Cirrhose alcoolique.
Courty. Nécrologie.
Cousot. Paralysies hystériques.
Couturier. Ophtalmologie.
Cowdin. Fièvre typhoïde.
Coze. Uréthane.
Crespin. Nécrologie.
Crivelli. Phimosis.
Cuffer. Cœur.
Cushing. Phtisie.
Cutler. Iodoforme.
Czempin. Grossesse tubaire.

Da Costa. Chorée, maladie de Bright.
Damaschino. Tuberculose infantile.
Dana. Ataxie locomotrice.
Daremberg. Scrofulose.
Daucourt. Opération césarienne.
Daudet. Prix.
Davezac. Pleurésie.
Davilée. Fièvre typhoïde.
Debaisieux. Hernies.
Debierre. Laparotomie.
Debove. Estomac, fièvre typhoïde, hystérie chez l'homme, paralysies hystériques, urines fétides.
Décès. Luxations, résections orthopédiques.
Defontaine. Ligature élastique,

sarcome primitif de la peau, taille chez les enfants.
Dejerine. Atrophie musculaire progressive, maladies.
Delbastaille. Chirurgie.
Delmas. Hystérie.
Delorme. Hypnotisme, nerfs.
Demange. Maladies des vieillards.
Demne. Tuberculose du thymus.
Demons. Hystérectomie vaginale, néphrectomie, pneumotomie, taille hypogastrique.
Denis-Dumont. Nécrologie.
Dennis. Laparotomie.
Denucé. Tumeurs de la vésicule biliaire.
Depasse. Scarlatine.
Deschiens. Thérapeutique.
Descout. Cirrhose alcoolique.
Deshayes. Fièvre typhoïde.
Desjardins. Hypnotisme.
Desnos. Lithotritie.
Desportes. Prix.
Després. Rétrécissements de l'urèthre.
Dettweiler. Phtisie.
Dewèvre. Maladie de Bright, rhumatisme.
Dianoux. Ophtalmologie.
Dickinson. Chorée.
Dieulafoy. Cirrhose alcoolique, kystes hydatiques du foie, maladie de Bright.
Dor. Ophtalmologie.
Dorhn. Accouchements.
Doyen. Luxations, néphrectomie, résections orthopédiques.
Doyon. Climatothérapie.
Draper. Hémorrhagies du pancréas.
Dreyfous. Réflexes.
Dreyfus-Brisac. Fièvre typhoïde.
Dubar. Fistule borgne, taille hypogastrique, tumeurs rénales.
Dubini. Chorée électrique.
Dubousquet-Laborderie. Amygdalite.
Ducastel. Fièvre typhoïde, phimosis.
Duclaux. Scrofulose.
Duflocq. Erythème polymorphe.
Duguet. Phtisie, thyroïdectomie.
Dujardin-Beaumetz. Calculs, cirrhose alcoolique, diabète, phtisie.
Dulles. Taille chez les enfants.
Duménil. Résections orthopédiques.
Du Mesnil. Rage.
Dumoulin. Scrofulose.
Dumouthiers. Antisepsie.
Duplay. Tumeurs rénales.
Duplouy. Hystérectomie vaginale, tumeurs congénitales plantaire et palmaire.
Duponchel. Hystérie dans l'armée.
Dupouy. Blennorrhagie, kava.
Durand (A.). Adonidine.
Duret. Tuberculose du sein.
Durosiez. Chloro-anémie, cœur.
Dussaud. Nécrologie.
Duval (E.). Mal de Pott.
Dwight. Thyroïdectomie.

Ebermann. Taille périnéale.
Ehrlich. Fièvre typhoïde.
Ehrmann. Cocaïne.
Eigner. Epilepsie.
Elliot. Salpingite.
Engel. Sang.
Erdmann. Hernies.
Ernoul. Varicocèle.
Ernst. Phtisie.
Esquirol. Prix.
Estor. Nécrologie.
Etienne. Taille chez les enfants.
Ewing. Laparotomie diagnostique.

Fabre (de Fribourg). Pneumonie.
Fagge. Phtisie de la base.
Falret. Prix.
Fano. Ophtalmologie.
Fargih. Greffes épidermiques.
Fauvel. Nécrologie.
Favrel. Orchite saturnine.
Feltz. Urines.

Fenger. Laparotomie, — sous-péritonéale.
Fenvick. Typhlite.
Fenwick. Kystes de l'ovaire.
Féré. Nerfs, paralysies hystériques.
Féréol. Cirrhose alcoolique, empyème, paralysies hystériques, phtisie.
Féris. Nécrologie.
Fernandos. Ophtalmologie.
Finkler. Massage.
Finlay. Abcès du cerveau.
Fitz. Typhlite.
Fleury. Taille chez les enfants.
Flint. Nécrologie, rage.
Florand. Atrophies.
Fochier. Injections.
Folet. Alcoolisme, fistule vésico-utérine, taille hypogastrique, tuberculose du sein, tumeurs de la vessie.
Folsom. Epilepsie.
Forget. Nécrologie.
Formad. Alcoolisme, hémorrhagies cérébrales.
Forster (Cooper). Nécrologie.
Fournié. Nécrologie.
Fournier. Fièvre typhoïde, hypnotisme.
Fournier (A.). Grossesse, syphilis, — du système nerveux.
Fox. Maladies de la peau, typhlite, ulcère du duodénum.
Franceschi. Chorée syphilitique.
Francotte. Névrites multiples.
Frankel. Larynx.
Fredet. Diabète.
Freund. Sang.
Friedlander. Pneumonie infectieuse.
Frisels. Rage.
Fritz. Cirrhose alcoolique.
Froebel. Nécrologie.
Frohling. Grossesse.
Fubini. Sang.
Fuhr. Thyroïdectomie.

Gaches-Sarraute. Cancer utérin.
Gagny. Scrofulose.
Gaillard Thomas. Laparotomie, salpingite.
Gailliard. Syphilis gastrique.
Galezowski. Ophtalmologie.
Galippe. Microbiologie.
Gallard. Kystes hydatiques du foie.
Gamgee. Nécrologie.
Gangolphe. Kystes hydatiques des os.
Gannett. Phtisie.
Ganzinotty. Rhumatisme.
Garcin. Taille chez les enfants.
Garnier. Blennorrhée, célibat, climatothérapie, introduction.
Gaulard. Grossesse.
Gautier. Leucomaïnes, microbiologie.
Gay. Amygdalite.
Geneuil. Névralgies.
Gennes (de). Abcès du foie.
Gérardin. Nécrologie.
Gierke. Respiration.
Gilbert. Paralysie spinale spastique.
Gillebert Dhercourt. Nécrologie.
Gilles de la Tourette. Hypnotisme, maladie des tics convulsifs, syphilis.
Gillet de Grandmont. Scrofulose.
Gillette. Kystes de l'ovaire, nécrologie, résection de la clavicule.
Gilson. Splénectomie.
Gine. Aliénation mentale.
Giovanni. Tuberculose rénale.
Glatz. Epilepsie.
Godard. Prix.
Godlee. Typhlite.
Godlee (Rickman). Thoracoplastie.
Godson. Opération césarienne.
Goetz. Accouchements.
Golding Bird. Jéjunostomie.
Goldscheider. Nerfs sensitifs de la peau.
Goldschmidt. Typhlite.
Gombault. Alcoolisme.
Gordon. Thyroïdectomie.
Gorecki. Ophtalmologie.
Gosselin. Phtisie.
Gould (Pearce). Abcès du cerveau, amygdalite de l'adolescence, jéjunostomie, ostéosarcome.

Gouley. Prostatite chronique.
Gowers. Syphilis du système nerveux.
Gowland. Hernies de l'épiploon.
Grancher. Eczéma, introduction, paralysie spinale spastique, rage.
Grave. Ulcère du duodénum.
Graves. Atrophie jaune du foie.
Gray. Amygdalite.
Greene. Typhlite.
Grellois. Nécrologie.
Grimsdale. Salpingite.
Gross (de Nancy). Fibromes, grossesse, résections orthopédiques, taille chez les enfants.
Gudden. Nécrologie.
Guelliot. Grossesse.
Guéniot. Grossesse.
Guerder. Coqueluche.
Guérin (A.). Microbiologie.
Guérin (Jules). Nécrologie.
Guinon. Cœur, diabète, maladie des tics convulsifs.
Gunther. Taille chez les enfants.
Gutierrez. Diphtérie.
Guttmann. Orchite varioleuse.
Guyon. Lithotritie, prostatite chronique, rétrécissements de l'urèthre, taille hypogastrique, tumeurs vésicales, urines fétides.
Guyot. Hystérie, kystes hydatiques du foie, rhumatisme.

Hagenbach. Rachitisme.
Hahn. Larynx.
Haig Brown. Amygdalite de l'adolescence.
Hale White. Rage.
Hallez. Tumeurs rénales.
Hallopeau. Syphilis.
Hamilton. Ataxie locomotrice.
Hammond. Réflexes.
Hanot. Cirrhose alcoolique, pneumonie infectieuse.
Hanson. Accouchements.
Hardaway. Maladies de la peau.
Hardy. Maladies de la peau.
Harkin. Parotidite.
Harrington. Injections intraveineuses.
Harrison (R.). Prostatite chronique.
Hartmann. Abcès de l'orbite, hernies de l'épiploon, syphilis.
Harwood. Phimosis.
Hassall. Calcul de l'intestin.
Hasse. Cancer du poumon.
Havilland Hall. Cocaïne.
Hayem. Erythème polymorphe, méthémoglobine, rhumatisme.
Hebra. Erythème polymorphe.
Hegar. Hystérectomie vaginale.
Heidenreich. Abcès périnéphrétiques, résections orthopédiques.
Heilbrun. Fistules.
Hendricks. Fièvre intermittente.
Hénocque. Sang.
Henrot. Anémie pernicieuse, épidémies.
Hepp. Fièvres.
Héricourt. Epidémies, phtisie.
Herrgott. Rage, scrofulose.
Herrlich. Abcès sous-diaphragmatiques.
Hervieux. Tuberculose infantile.
Herzen. Thyroïdectomie.
Heubner. Diphtérie scarlatineuse.
Heuermann. Taille chez les enfants.
Heurtaux. Kystes de l'ovaire.
Hippel (von). Ophtalmologie.
Hirigoyen. Grossesse.
Hirschfeld. Injections ferrugineuses.
Hirtz. Méningite cervicale.
Hoggan. Cancer.
Holden. Diabète.
Holmes. Anévrismes de l'aorte.
Holst. Tuberculose.
Homans. Grossesse extra-utérine, typhlite.
Hontag. Cirrhoses.
Hood. Pneumonie.
Horstley. Rage, thyroïdectomie.

HORTELOUP. Hydrocèle, rétrécissements de l'urèthre, uréthrotomie, — externe.
HOUZEL. Hygroma prérotulien, kyste thyroïdien calcifié.
HRYNTSCHEK. Rachitisme.
HUCHARD. Adonidine, cancer de l'estomac, cœur, uréthane.
HUGUIER. Prix.
HULKE. Abcès du cerveau.
HUMBERT. Phimosis, rétrécissements de l'urèthre, thoracoplastie, uréthrotomie.
HUME. Sarcome du nerf poplité interne.

IMLACH. Salpingite.
INGELS. Nécrologie.
IRVING. Tumeurs de la vésicule biliaire.
ISNARD. Scléroses dystrophiques.
ISRAEL. Calculs du bassinet, kyste hydatique du poumon, rage, taille périnéale.
ITARD. Prix.

JACCOUD. Grossesse, pneumonie infectieuse, scarlatine, variole.
JACKSON (Reeves). Abcès pelviens.
JACOBI. Rhumatisme.
JALAGUIER. Arthrotomie, luxations.
JALLAND. Parotidite.
JARVIS. Larynx.
JAVAL. Cocaïne.
JEANNEL. Amputations spontanées, laparotomie, néphrectomie.
JELLINCK. Tuberculose.
JOAL. Amygdalite.
JOFFROY. Ataxie locomotrice, chorée, fièvre typhoïde, paralysie spinale spastique.
JOHNSON. Laparotomie diagnostique.
JOHNSTON. Kystes de l'ovaire.
JORGE. Diphtérie.
JOSSE. Nécrologie.
JUHEL-RENOY. Scarlatine.
JUNGBLUTH. Accouchements.

KAPOSI. Pemphigus.
KASSOWITZ. Rachitisme.
KEEGAN. Lithotritie, rage.
KELSCH. Pleurésie.
KENNEDY. Nécrologie.
KEYES. Maladies de la peau.
KIDD (Percy). Amygdalite, anévrismes, phtisie de la base.
KIEMANN. Typhlite.
KIENER. Sang.
KIRMISSON. Abcès froids, — du foie, rétrécissements de l'urèthre, tumeurs du triangle de Scarpa.
KLEIN. Scarlatine.
KOCHER. Thyroïdectomie, trachéotomie préventive.
KOEHLER. Anévrisme poplité.
KOENIG. Iodoforme, taille périnéale.
KOLOMNINE. Cocaïne.
KÖNIG. Arthrectomie, lithotritie.
KRAMER. Diphtérie, lithotritie.
KRANSE. Tuberculose.
KRASKE. Erysipèle, microbiologie.
KRONIG. Fièvre typhoïde.
KUHNAST. Erysipèle.
KURZ. Cocaïne.
KUSTER. Hernie inguino-sous-cutanée, thyroïdectomie, tumeurs de la vessie.

LABBÉ (E.). Kystes hydatiques du foie.
LABBÉ (L.). Larynx, résections orthopédiques.
LABORDE. Tétanos.
LAGRANGE. Abcès sous-diaphragmatiques, empyème, nerfs, résections orthopédiques.
LAILLER. Aliénation mentale, rhumatisme.
LAILLER (de Paris). Tuberculose cutanée.
LALLEMENT. Fibromes.
LANCEREAUX. Pneumonie.
LANDOUZY. Atrophie musculaire progressive, kystes hydatiques du foie, myopathie faciale, tuberculose infantile.
LANGDON DOWN. Amygdalite de l'adolescence.

Langenbeck. Trachéotomie préventive.
Langendorf. Respiration.
Langton. Anévrismes.
Lannelongue. Abcès froids, kystes, mal de Pott, microbiologie, tuberculose, tumeurs sanguines du crâne.
Laquer. Fièvre typhoïde.
Larcher. Tétanos.
Lardier. Alcoolisme.
Laschkevitch. Cocaïne.
Laugner. Grossesse.
Laure. Maladies infectieuses, scarlatine.
Laval. Prix.
Lecerf. Kystes hydatiques du foie.
Le Dentu. Claudication intermittente, fibromes, kystes hydatiques du foie, néphrectomie, résection de la clavicule, rétrécissement des artères des membres, — de l'urèthre, tuberculose du sein, varicocèle.
Le Fort. Amputations, fracture de la jambe, grossesse, kystes hydatiques du foie, microbiologie, rétrécissements de l'urèthre, tuberculose.
Legrand du Saulle. Nécrologie.
Legras. Tétanos.
Legris. Thérapeutique.
Legroux. Calculs hépatiques, cirrhose alcoolique.
Le Guellant. Scarlatine.
Lemoine. Antisepsie.
Lépine. Anémie, antisepsie, empoisonnements, injections intra-veineuses, pneumonie.
Letulle. Cirrhose alcoolique.
Leudet. Alcoolisme, hystérie, tuberculose, — du sein.
Leval-Piquechef. Alcoolisme.
Lewin (L.). Kava.
Lewis. Diphtérie.
Liébault. Hypnotisme.
Limousin. Calculs.
Litten. Thoracoplastie.
Little. Abcès pelviens.
Lockwood. Tumeurs congénitales plantaire et palmaire.
Loewenthal. Atrophie de la colonne de Clarke.
Long. Pleurésie purulente.
Louis. Prix.
Loumeau. Hydrocèle.
Lovett. Trachéotomie.
Lowndes. Orchite.
Loye. Cœur.
Lucas-Championnière. Accouchements, amputation inter-scapulo-thoracique, fractures, hernies, néphrectomie, opération césarienne, résections orthopédiques, rétrécissements de l'urèthre, salpingite, sarcome primitif de la peau, — traumatique des os, tuberculose.
Lucotte. Nécrologie.
Luton. Alcoolisme, tuberculose.
Luys. Hypnotisme, hystérie, rhumatisme.

Mabboux. Diabète.
Mabout. Tuberculose.
Mac Collom. Cirrhose pulmonaire.
Mac Cormac (Henry). Nécrologie.
Mac Cormac (W.). Vessie.
Mackensie (S.). Erythème polymorphe, typhlite.
Madelung. Larynx.
Malassez. Sarcome primitif de la peau.
Malherbe. Néphrectomie.
Manassein. Alcoolisme.
Mannheim. Taille chez les enfants.
Marboux. Scarlatine.
Marcacci. Nécrologie.
Marchand. Hystérectomie vaginale, trachéotomie préventive.
Marchant. Sarcome traumatique des os.
Marcowitz. Nécrologie.
Marfan. Tuberculose.
Margary. Nécrologie.
Marie. Atrophie musculaire progressive, chorée, diabète, névralgie oculaire périodique.
Marpurgo. Tuberculose rénale.
Marsh. Anévrismes de l'aorte.

Martel. Fractures, orchite, pleurésie.
Martemucci. Calcul de cholestérine.
Martin (A.). Salpingite.
Martin (E.). Ophtalmologie.
Martin (H.). Cirrhose pulmonaire, scléroses dystrophiques.
Martin (de Genève). Résections orthopédiques.
Martin-Damourette. Prix.
Martius. Paralysies radiculaires.
Masing. Hémorrhagies cérébrales.
Masius. Névrites multiples.
Mason. Nécrologie, ostéosarcome.
Masso. Thyroïdectomie.
Mathieu (A.). Lipomes, pneumonie infectieuse, tuberculose cutanée.
Maunoury. Tétanos.
Mauriac. Sclérose des corps caverneux, syphilis rénale.
Maurin. Maladies des enfants, thérapeutique.
Maydl. Luxations.
Mayo. Aménorrhée, tumeurs de la vésicule biliaire.
Mayor. Cancer de la tunique vaginale, grossesse gémellaire.
Mège. Prix.
Meissen. Phtisie.
Ménard. Tuberculose.
Merck. Cocaïne artificielle.
Mezger. Massage.
Mialhe. Nécrologie.
Michael. Coqueluche.
Michael (de Baltimore). Rétrécissement de la courbure sigmoïde.
Michel (Carl). Larynx.
Mignot. Phtisie.
Mikulicz. Laparotomie.
Millard. Cancer de l'estomac, kystes hydatiques du foie, rhumatisme.
Minot. Chorée.
Moizart. Abcès.
Moleschott. Méningite tuberculeuse.
Mollière. Luxations, pneumonie, résections orthopédiques, scarlatine.
Monbinne. Prix.
Moncorvo. Asthme, estomac, fièvre intermittente.
Money (A.). Chorée, cœur.
Money (Engel). Chorée.
Monod. Phimosis, rétrécissements de l'urèthre, salpingite, trachéotomie préventive.
Monti. Rachitisme.
Moreau. Prix.
Morel. Cœur, phtisie.
Morgan. Tumeurs congénitales plantaire et palmaire.
Mori. Anémie.
Möricke. Parotidite.
Morris. Larynx.
Morrow. Erythème polymorphe.
Mosler. Asthme, kyste du rein.
Mott (Valentine). Rage.
Moutard-Martin. Cirrhose alcoolique, kyste hydatique du poumon.
Moxon. Nécrologie.
Muller. Antisepsie de la bouche.
Mundé. Salpingite.
Mussat. Calculs.
Mya. Maladie de Bright.
Myers. Variole.

Naville. Hypnotisme.
Nélaton. Prostatite, tumeurs abdominales.
Nepveu. Tumeurs.
Netter. Coqueluche.
Nettleship. Ophtalmologie.
Neumann. Pemphigus.
Newman. Prostatite chronique.
Newton. Calcul intestinal.
Nicaise. Fibromes, hernies, trachéotomie, tuberculose.
Nicati. Microbiologie.
Nicolas. Fièvre typhoïde.
Nocard. Rage, tétanos.
Notta. Cancer de la rate.
Nowell. Rage.
Nunes. Asthme.

Oberlaender. Iodoforme.
Ohnacker. Tuberculose du sein.

Olivier (J.). Salpingite.
Olivier (d'Angers). Méningite cervicale.
Ollier. Amputation inter-scapulo-thoracique, chirurgie, luxations, néphrectomie, résections.
Ollivier (A.). Hystérie, kystes hydatiques du foie, scarlatine.
Opatski. Phtisie.
Orfila. Prix.
Orthman. Tuberculose du sein.
Otis. Rétrécissements de l'urèthre.
Ott. Anémie.
Otto. Anémie pernicieuse.

Padley. Empyème biloculaire.
Paganucci. Nécrologie.
Paget (J.). Prostatite desquamative.
Paget (Stephen). Parotidite.
Paquet. Taille hypogastrique, tuberculose du sein, tumeurs rénales, — de la vessie.
Pari. Chorée.
Parinaud. Névralgie oculaire périodique.
Parisot. Parotidite.
Parizot. Atrophie musculaire progressive.
Parker. Taille hypogastrique, tumeurs congénitales plantaire et palmaire, typhlite.
Parkes. Laparotomie diagnostique.
Partzevski. Alcoolisme.
Pasteur. Introduction, microbiologie, rage.
Paul (Constantin). Calculs, hystérie, kystes hydatiques du foie, phtisie.
Pavy. Diabète.
Pawlick. Fistules.
Péan. Chirurgie, hystérectomie vaginale, néphrectomie, tumeurs végétantes du péritoine pelvien.
Peaslee. Kystes de l'ovaire.
Pécholier. Fièvre typhoïde.
Penrose. Maladie de Bright.
Péraire. Mal perforant plantaire.
Percheron. Rage.
Périer. Entérorrhaphie, ligature élastique.
Pernot. Pneumonie.
Pessanha. Rage.
Peter. Alcoolisme apparent, introduction, microbiologie, rage.
Petersen. Greffes épidermiques, lithotritie, résections orthopédiques.
Petit (A.). Pneumonie infectieuse.
Peyrot. Cancer du corps thyroïde, thoracoplastie.
Peyrou. Phtisie.
Pezzer. Urines fétides.
Philipovich. Réflexes.
Philippe. Variole.
Picard. Urèthre.
Pick. Calculs rénaux.
Picqué. Varicocèle.
Pierret. Névrites périphériques dans le tabes.
Pignot. Syphilis.
Pilcher. Taille hypogastrique.
Pitres. Hystérie, phtisie, pleurésie, rhumatisme.
Pluyette. Anévrismes artério-veineux.
Polaillon. Anévrismes artério-veineux, fibromes, gastrotomie, kystes hydatiques du foie, ligature élastique, néphrectomie, sarcome traumatique des os, thoracoplastie, trachéotomie préventive, uréthrotomie.
Poland. Cancer.
Polk. Salpingite, splénectomie.
Pollock. Anévrismes, phtisie de la base, scarlatine.
Poncet. Fibromes, microbiologie, taille hypogastrique.
Poncet (de Lyon). Crâne, greffes osseuses, ligature élastique, résections orthopédiques, taille hypogastrique.
Portal. Prix.
Posadski. Pneumonie.
Potain. Fièvre typhoïde, pneumonie infectieuse.
Poulet (A.). Cirrhose alcoolique, kystes hydatiques du foie, —

du poumon, lipomes de la surface palmaire.
Poulet (V.). Aménorrhée.
Poupinel. Kystes mucoïdes.
Pozzi. Chirurgie, hygroma prérotulien, laparotomie sous-péritonéale, résections orthopédiques, salpingite, sarcome primitif de la peau, thoracoplastie.
Prengrueber. Laparotomie, pneumotomie.
Pretenderis Typaldos. Nécrologie.
Prévost. Névrites périphériques dans le tabes, paralysies radiculaires, rachitisme.
Pritzl. Accouchements.
Putnam. Chorée, syphilis du système nerveux.

Queirel. Grossesse.
Quenu. Abcès froids, hernie à sac intérieur.
Queyrat. Tuberculose infantile.
Quinquaud. Tuberculose.

Raguet. Tétanos.
Raison. Ataxie locomotrice.
Ramaugé. Diphtérie.
Ramey. Hypnotisme.
Ransokoff. Anévrismes de l'aorte.
Raval. Syphilis.
Raymond. Cancer de la colonne vertébrale, phtisie.
Raynaud. Nécrologie.
Reclus. Abcès de l'anus, chirurgie, fractures, hydrocèle, kyste hydatique du poumon, luxations, prostatite, résections orthopédiques, tuberculose.
Redard. Diabète.
Regnard. Cœur.
Régnier. Tétanos.
Reliquet. Lithotritie, néphrectomie.
Remak. Ataxie locomotrice.
Rémy. Diabète, grossesse, nerfs éjaculateurs.
Renaut. Parotidite.
Rendu (J.). Accouchements, kystes hydatiques du foie, paralysies radiculaires.
Renou. Trachéotomie.
Reverdin (A.). Cancer de la tunique vaginale, chirurgie, hystérectomie vaginale, résections orthopédiques, thyroïdectomie.
Reverdin (J.). Arthrotomie, hernies, ovariotomie, taille hypogastrique, thyroïdectomie.
Révilliod. Chirurgie, paralysie spinale spastique, pleurésie purulente, trachéotomie, tumeurs des os.
Rey. Crâne.
Reyher. Anémie pernicieuse.
Reynols. Accouchements.
Ribera. Splénectomie.
Richard. Cirrhose alcoolique.
Richard (V.). Rage.
Richelot. Hydrocèle, hystérectomie vaginale, trachéotomie.
Richet. Kystes hydatiques du foie, ophtalmologie, varicocèle.
Richet (Ch.). Hypnotisme.
Ricochon. Tétanos.
Rielh. Pemphigus foliaceus vegetans, tuberculose cutanée.
Rietsch. Fièvre typhoïde, microbiologie.
Ritter (von). Prix.
Robin (A.). Calculs hépatiques, fièvres, thérapeutique.
Robin (Ch.). Tumeurs végétantes du péritoine pelvien.
Robinson. Vessie.
Rochard. Fièvre intermittente.
Rogivue. Leucémie.
Rohmer. Fractures du radius, greffe oculaire, ophtalmologie.
Rolland. Ophtalmologie.
Rose. Tumeurs abdominales.
Rosenbach. Tétanos.
Roser. Taille périnéale.
Rossoni. Hystérie.
Routier. Hernies de la ligne blanche.
Roux (C.). Massage, varicocèle.
Roux (de Lyon). Thérapeutique.

Sacchi. Trachéotomie préventive.
Saint-Germain (de). Bec-de-lièvre, thérapeutique.
Saint-Paul. Prix.
Saint-Philippe. Empyème.
Saint-Vel. Tétanos.
Sanger. Grossesse.
Sanné. Kava.
Sargent. Accouchements.
Saric. Chorée.
Saucerotte. Cirrhose alcoolique, tétanos.
Sauerhering. Coqueluche.
Saundry. Uréthane.
Schaffer. Abcès de l'orbite.
Schede. Chirurgie, taille périnéale.
Scheele. Chorée.
Schiff. Thyroïdectomie.
Schilling. Cocaïne.
Schmidt (A.). Taille hypogastrique.
Schmitt. Microbiologie.
Schœnfeld. Cadavres.
Schuhl. Grossesse.
Schüller (Max). Massage.
Schulze. Laparotomie.
Schwartz. Anévrismes, larynx, néphrectomie.
Sébileau. Tumeurs abdominales.
Second. Néphrectomie.
Sée (Germain). Maladies du poumon, thérapeutique.
Sée (Marc). Fibromes, kystes hydatiques du foie, rétrécissements de l'urèthre, taille chez les enfants.
Séglas. Ataxie locomotrice.
Séjournet. Maladie de Bright, urines laiteuses.
Semmola. Cœur, maladie de Bright.
Semon. Larynx.
Severeano. Luxations.
Sevestre. Kystes hydatiques du foie.
Seyler. Phtisie.
Shepherd. Kystes de l'ovaire.
Shirres. Trachéotomie.
Simmonds. Tuberculose génitale.
Simon (J.). Hystérie.
Simon (P.). Fractures.
Simpson (Young). Thyroïdectomie.
Sinclair. Ophtalmologie.
Sippel. Accouchement provoqué.
Siredey. Cirrhose alcoolique, orchite saturnine.
Siredey (A.). Fièvre typhoïde.
Smaltz. Asthme nerveux.
Smith (H.). Vessie irritable.
Sokolski. Nécrologie.
Sonnenburg. Taille périnéale.
Soupart. Hernies.
Southam. Hernies de l'épiploon.
Spencer Wells. Kystes de l'ovaire, salpingite.
Spillmann. Climatothérapie, rhumatisme.
Stanski. Prix.
Steiner (Isidore). Crâne.
Stepp. Diphtérie.
Stokis. Injections.
Streatfield. Nécrologie.
Stricker. Sang.
Strong. Aménorrhée.
Svensson. Hernies.
Swanzy. Chorée.

Tait (Lawson). Abcès pelviens, grossesse tubaire, kystes de l'ovaire, laparotomie, salpingite.
Tarde. Hypnotisme.
Tayler. Ulcère du duodénum.
Teale. Aménorrhée.
Tédenat. Hystérectomie vaginale.
Tenneson. Phtisie.
Terrier. Chirurgie, fractures, grossesse, hernies de la ligne blanche, kystes hydatiques du foie, — de l'ovaire, ovariotomie, rétrécissements de l'urèthre, salpingite, sarcome primitif de la peau, uréthrotomie externe.
Terrillon. Amygdalite, cancer utérin, claudication intermittente, fibromes, — des parois abdominales, hystérie chez l'homme, kystes mucoïdes, — de l'ovaire, lipomes du

mésentère, rétrécissement des artères des membres, salpingite.
THAON. Nécrologie.
THIRIAR. Pneumotomie, tétanos.
THOMAS (de Tours). Sarcome traumatique des os.
THOMPSON (F.). Laparotomie diagnostique.
THOMPSON (H.). Taille hypogastrique, vessie irritable.
THORENS. Nécrologie.
THORNTON (Knowsley). Ovariotomie, splénectomie.
THURLER. Pneumonie.
TIFFANY (Lane). Laparotomie diagnostique.
TILLAUX. Amputations, chirurgie, fibromes, fractures de cuisse, hydrocèle, kyste vaginal, ligature élastique, sarcome primitif de la peau, taille périnéale.
TIZZONI. Thyroïdectomie.
TOLVINSKI. Alcoolisme.
TOWNSEND. Pneumonie.
TRÉLAT. Kyste thyroïdien calcifié, — de l'ovaire, ligature élastique, luxations, microbiologie, néphrectomie, résection de la clavicule, rétrécissements de l'urèthre, salpingite, sarcome primitif de la peau, trachéotomie préventive, tuberculose, tumeurs congénitales plantaire et palmaire.
TRENDELENBURG. Taille périnéale.
TRIBOULET. Nécrologie.
TRIPIER. Luxations, tétanos.
TROISIER. Cancer de l'estomac, cirrhose alcoolique, paralysies hystériques.
TROUSSEAU. Iodoforme, trachéotomie.
TRUC. Laparotomie, pneumotomie.
TUFFIER. Lithotritie, syphilis, taille hypogastrique.
TURNER. Fractures de la rotule.

VACHER. Ophtalmologie.
VAILLARD. Phtisie, pleurésie, rhumatisme.
VALCOURT (DE). Bec-de-lièvre, hystérie, rachitisme, scrofulose.
VANDERWEER. Laparotomie diagnostique.
VANLAIR. Nerfs.
VARRAILHON. Luxation traumatique simple.
VASLIN (d'Angers). Résections orthopédiques, tétanos, thoracoplastie.
VELLEMAN. Hernies.
VERCHÈRE. Abcès froids.
VERGELY. Abcès.
VERNEUIL. Amygdalite, anévrismes, chirurgie, grossesse, kystes hydatiques du foie, luxations, microbiologie, rétrécissements de l'urèthre, sarcome primitif de la peau, scrofulose, taille hypogastrique, tétanos, tuberculose, — du sein.
VERNICKE. Fistule néphro-intestinale.
VERNOIS. Prix.
VIAN. Cocaïne.
VICENTE. Laparotomie.
VIDAL. Tuberculose.
VIGIER. Thérapeutique, uréthane.
VIGNARDON. Thérapeutique.
VILLEMIN. Erythème polymorphe.
VILLETTE. Kystes hydatiques du foie, trachéotomie préventive.
VINCENT. Luxation traumatique simple.
VINCOT. Tétanos.
VIRCHOW. Introduction.
VOISIN. Aliénation mentale.
VOLKMANN. Lithotritie, taille périnéale.
VOLTA. Prix.
VOOD. Abcès du cerveau.
VULLIET. Cancer utérin.
VULPIAN. Crâne, hystérie chez l'homme, introduction, maladies du système nerveux, rage.

Wade. Laparotomie.
Wakley. Nécrologie.
Walshe. Phtisie de la base.
Wannebroucq. Alcoolisme.
Warfvringe. Méningite tuberculeuse.
Warren. Thoracoplastie.
Watson. Larynx, nécrologie.
Weber. Chorée, taille hypogastrique.
Weber (H.). Climatothérapie.
Weidmann. Thyroïdectomie.
Weinlechner. Thoracoplastie, thyroïdectomie.
Weir (R.). Hydarthroses.
Weir Mitchell. Massage.
Weiss (J.). Nécrologie.
Wertheimer. Cirrhoses, respiration.
West. Grossesse extra-utérine, ulcère du duodénum.
White. Tuberculose cutanée.
White Cooper. Nécrologie.
Wickham (E.). Hydrocèle.
Willems. Scarlatine.
Williams. Accouchements.
Williams (E.). Thérapeutique.
Williams (Roger). Tumeurs congénitales plantaire et palmaire.
Williamson. Parotidite.
Wilson. Microbiologie.
Winiwarter. Chirurgie.
Wipham. Variole.
Wolkmann. Hydarthroses, résections orthopédiques, taille périnéale.
Wood. Syphilis du système nerveux.
Worth (Edwin). Hydrocèle.

Zahn. Tumeurs des os.
Zeuner. Réflexes.
Zinoffsky. Sang.
Zuber. Nécrologie.

Coulommiers. — Typog. P. BRODARD et GALLOIS.